CHIRURG POLSKI

ORGAN TOWARZYSTWA CHIRURGICZNEGO WARSZAWSKIEGO

REDAKCJA: WARSZAWA, UL. 6. SIERPNIA 37. TEL. 9-20-15
ADMINISTRACJA: WARSZAWA, UL. SMOLNA 30. TEL. 5-19-04.

TREŚĆ:

SOMMAIRE:

ROK IV. Nr 1

STYCZEŃ 1939 R.

OD REDAKCJI.

Podajemy do wiadomości naszych Czytelników, że z dniem 1. I. 1939 „Chirurg Polski" wychodzić będzie jako organ Tow. Chirurgicznego Warszawskiego.

Przejęcie czasopisma przez T-wo nastąpiło na mocy uchwały Nadzwyczajnego Walnego Zebrania T-wa z dnia 21. XI. 1938 r., na wniosek dotychczasowych wydawców i Zarządu T-wa.

Obecny zespół redakcyjny został wybrany na tymże zebraniu; administratorem został wybrany doc. dr J. Zaorski.

H. CISZKIEWICZ.
J. KOSSAKOWSKI.
W. OSTROWSKI.
T. SOKOŁOWSKI.

CHIRURG POLSKI

ROK IV. WARSZAWA, STYCZEŃ 1939 R. Nr 1

WSZCZEPIANIE NADNERCZY W LECZENIU CHOROBY ADDISONA.

(Na marginesie spostrzeganego przypadku).

podał

Doc. dr W. Ostrowski.

Współczesne metody leczenia choroby Addisona, będącej, jak wiadomo, wyrazem niedomogi nadnerczy, oparte na głębszej znajomości istoty sprawy chorobowej, a przy tym posługujące się wyciągami z właściwych gruczołów zwierzęcych, nieraz dość skutecznie łagodzą objawy tego cierpienia. W większości wszakże przypadków działanie tych metod bywa jedynie przejściowe, a w żadnym razie nie są one zdolne przywrócić do zdrowia ustrój, którego nadnercza — narząd nieodzownie konieczny do życia — są zniszczone przez gruźlicę albo inną sprawę chorobową. To też w zasadzie wypada zgodzić się z poglądem, że najbardziej właściwym sposobem leczenia choroby Addisona byłoby zastąpienie nadnerczy chorych, niezdolnych do pełnienia czynności fizjologicznych, przez nadnercza prawidłowe pobrane od innego osobnika. Niesporny w teorii pogląd ten nie znajduje dostatecznego wyrazu w medycynie praktycznej, a to dlatego, że wartość lecznicza wszczepów z nadnerczy oceniana bywa dość sceptycznie. Sceptycyzm ten usprawiedliwia okoliczność, że przez długie lata, poczynając od pierwszych prób *Jaboulaya* (1897), leczenie niedomogi nadnerczy za pomocą wszczepiania właściwych gruczołów z reguły zawodziło. Wszakże powodzenie uzyskane ostatnio na tej drodze przez niektórych chirurgów, jak również ciekawe a zachęcające wyniki badań doświadczalnych w tej dziedzinie na zwierzętach, skłaniają do pewnej rewizji stosunku klinicysty do omawianego zagadnienia. Stosunek ten należałoby, jak sądzę, oprzeć przede wszystkim na materiale, jakiego dostarczyły dotychczasowe spostrzeżenia kliniczne i badania pracowniane oraz na wypływających z tego materiału wnioskach.

A. WSZCZEPY W CELACH LECZNICZYCH.

Dla leczenia niedomogi nadnerczy u ludzi stosowano wszczepy już to zwierzęce (heteroplastyczne), już to ludzkie (homoplastyczne).

1. Wszczepy z nadnerczy zwierzęcych.

Do pierwszych prób leczenia chorych na niedomogę nadnerczy posługiwano się wszczepami zwierzęcymi. Początkowo wyniki były zupełnie niepomyślne. Więc obaj chorzy *Jaboulaya* (1897), którym wszczepiono nadnercza psa, zmarli w ciągu 24 godzin po operacji. Podobny los spotkał chorego, któremu *Haberer* (1908) wszczepił nadnercze królika. W niedługim czasie po operacji zmarli 3 chorzy *Eiselsberga;*

jako materiału do wszczepu użyto w tych przypadkach nadnerczy małp. Zły wynik uzyskał również *Biedl* u swoich 3 chorych oraz *Busch* i *Wright* w leczonym przez nich przypadku. Prawdopodobnie też w wielu razach wyniki niepomyślne nie były ogłaszane.

W czasach późniejszych spostrzegano już jednak wyniki lepsze. W r. 1924 *Morley Currie* zastosował u bardzo ciężko chorej wszczep sporządzony z nadnercza świeżo zabitego barana; wszczep ten umieścił między otrzewną a mięśniami brzucha. W kilka godzin po operacji zaznaczyła się wyraźna poprawa, wzrosło ciśnienie krwi, zmalało ogólne osłabienie. Na dziewiąty dzień po operacji rana się rozeszła i wszczep się wydalił, a jednocześnie cofnęły się objawy poprawy klinicznej. Wtedy dokonano nowego zabiegu. Nadnercza świeżo zabitego barana pokrajano na drobne cząstki i sporządzoną z nich zawiesinę w płynie fizjologicznym wstrzyknięto chorej za pomocą grubej igły pod skórę prawej i lewej połowy brzucha. Już w 4 dni po tym zabiegu spostrzeżono dużą poprawę, a w 2 miesiące później objawy choroby (osłabienie, spadek ciśnienia krwi, rozwolnienia, wymioty, nieprawidłowe zabarwienie skóry) cofnęły się niemal całkowicie. W 1925 r. *Dmitriew* wszczepił pod skórę młodemu mężczyźnie cierpiącemu na chorobę Addisona nadnercze psa. Po kilku dniach powstał w ranie odczyn zapalny i wszczep częściowo się wydalił. Mimo to zaobserwowano w stanie chorego wyraźną poprawę, wobec czego w kilkanaście dni później zabieg powtórzono. Wynik był bardzo dobry. Po upływie miesiąca objawy choroby ustąpiły. W 1929 r. wszczepił *Kanewskij* swemu choremu nadnercze królika. Wszczep po pewnym czasie wydalił się, jednak objawy chorobowe cofnęły się i nie powracały w ciągu 9-cio miesięcznej obserwacji chorego. W 1938 r. *J. Rutkowski* zakomunikował w Towarzystwie Chirurgów Warsz. o dobrym wyniku uzyskanym po wszczepieniu choremu nadnercza prosięcia.

2. Wszczepy z nadnerczy ludzkich.

Materiał do wszczepu pobierano bądź od osobników świeżo zmarłych, bądź od żywych, którym nadnercze usuwano już to w celach leczniczych (np. w nadciśnieniu samoistnym albo w samoistnej zgorzeli kończyn), już to korzystając ze sposobności podczas operacji na nerce. Obok wyników zachęcających nie rzadko otrzymywano niepowodzenia. Niepomyślny wynik otrzymał *Hurst,* który swemu choremu wszczepił pod skórę okolicy pachwinowej nadnercze zmarłego wskutek obrażeń odniesionych w wypadku. Zabieg ten w dniu następnym uzupełnił wszczepieniem do jądra nadnercza świeżo zmarłego płodu. Chorego spostrzegano przez szereg miesięcy. Wyraźnej poprawy nie dostrzeżono, jakkolwiek obmacywanie jądra przemawiało za tym, że wszczep się wgoił i utrzymał w ciągu trwania obserwacji. *Curschman* (1928) zastosował u swego chorego nadnercze wycięte osobnikowi choremu na padaczkę. Połowę gruczołu wprowadził między mięśnie okolicy lędźwiowej, połowę zaś pod skórę. Po krótkotrwałej poprawie stan chorego się pogorszył, a w 3 miesiące po zabiegu chory zmarł. Niepomyślny wynik uzyskał również *Leriche* (1933), który swemu choremu wszczepił pod skórę brzucha kawałek kory nadnercza usuniętego w celach leczniczych w przypadku nadciśnienia samoistnego; chory po zabiegu gorączkował, mimo że rana goiła się prawidłowo. Temu samemu choremu w kilka miesięcy później *Desmarest* (1934) dokonał nowego wszczepu pobranego od innego chorego na nadciśnienie samoistne. Dawca i biorca należeli do jednej grupy

krwi. Tym razem całe nadnercze wprowadzono między mięśnie brzuszne a powięź śródbrzuszną. Między pobraniem a wszczepieniem gruczołu upłynęło około 30 minut, w czasie których gruczoł był przechowywany w płynie Ringera przy t. 37°. Po operacji stan chorego się pogorszył, wystąpiła gorączka dochodząca do 40°. W końcu drugiej doby po operacji chory zmarł. W 2 godziny po śmierci rozpruto ranę zawierającą płyn mocno cuchnący i poddano wszczep badaniu, które wykryło martwicę całego gruczołu. Również rychło po operacji zmarła chora, której *D'Abreu* (1933) wszczepił nadnercze wycięte u świeżo zmarłej na zakrzep naczyń mózgowych. W tym przypadku gruczoł przechowywano przez parę godzin w ciepłym rozczynie fizjologicznym i po rozdzieleniu go na 3 części umieszczono pod skórą różnych okolic brzucha. W 10 dni później tej samej chorej wszczepiono dodatkowo do tkanki podskórnej brzucha nadnercza świeżo zmarłego noworodka. W 3 dni później chora zmarła. Badanie wykryło ropienie w otoczeniu każdego z wszczepów. W jednym przypadku *Beera* i *Oppenheimera* śmierć nastąpiła w 2 tygodnie po wprowadzeniu wszczepu; badanie pośmiertne wykryło w nim posunięte zmiany wsteczne.

Inni chirurdzy uzyskali wyniki bardziej zachęcające. *Reinhart* (1928) wszczepił swej chorej na chorobę Addisona między mięśnie brzuszne a powięź śródbrzuszną nadnercze usunięte podczas wycięcia gruźliczo zmienionej nerki. Po operacji spostrzegał narastającą poprawę, która trwała przez cały czas 6 miesięcznej obserwacji. Z podobnym wynikiem zastosował *Leschke* (1929) w swoim przypadku nadnercze pobrane również podczas operacji na nerce. Wyraźną poprawę stwierdzili *Beer* i *Oppenheimer* u swego drugiego chorego, któremu wszczepu dokonywali dwukrotnie. Obserwacja trwała około 7 miesięcy. W przypadku *Halperna* i *Arkusenko* (1927) poprawa utrzymywała się i narastała w czasie obserwacji, trwającej ponad rok. Wybitną poprawę po zabiegu uzyskali *Goldzieher* i *Barishaw* (1937), którzy swemu choremu wszczepili nadnercze pobrane od kobiety cierpiącej na nadczynność tego gruczołu („hypercortico-genital syndrome"). Krew chorego i krew chorej należały do jednakowej grupy. Gruczoł został rozcięty na trzydzieści kilka skrawków, które po opłukaniu w rozczynie fizjologicznym soli kuchennej, wprowadzono do mięśni prostych brzucha oraz między te mięśnie a powięź. Już następnego dnia po operacji ciśnienie wzrosło z 90/60 na 105/70, poprawił się apetyt i samopoczucie. W ciągu kilku tygodni waga wzrosła o 4 kg., powróciły siły, ustąpiło bronzowe zabarwienie powłok. W 6 miesięcy po operacji chory ten, będący uprzednio w ciężkim stanie zdrowia, powrócił do pracy. W 9 miesięcy po operacji zachorował na odoskrzelowe zapalenie płuc i zmarł. Badanie pośmiertne wykryło — przy braku zmian gruźliczych — zanik nadnerczy, które z wielkim trudem udało się odnaleźć. Pozbawione były one, jak to stwierdzono za pomocą mikroskopu, całkowicie istoty korowej, podczas gdy istota rdzenna była w stanie zaniku. Natomiast we wszczepie zarówno makroskopowo jak mikroskopowo stwierdzało się istotę korową o prawidłowej budowie komórek i prawidłowym ich układzie. Istota rdzeniowa wszczepu uległa zanikowi. Żadnych zmian odczynowych ustroju (np. nacieków komórkowych albo rozwoju tkanki włóknistej) na obwodzie wszczepu nie znaleziono.

Do powyższych prób leczenia choroby Addisona za pomocą wszczepów z nadnerczy ludzkich dochodzi

3. Przypadek własny
spostrzegany wspólnie z T. Sokołowskim, a przedstawiony przez nas w Warszawskim Tow. Chirurgicznym w grudniu 1938 r.

Przyp. ten dotyczył szeregowca lat 22, który w dniu 4 sierpnia 1938 r. przybył na oddział *prof. L. Karwackiego* w 1. Szpitalu Okręgowym w Warszawie z powodu zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego, w postaci bólów brzucha, odbijań i wymiotów, bólów głowy, utraty apetytu, znacznego, bo wynoszącego 8 kg. w ostatnich czasach spadku wagi, a przede wszystkim z powodu ogólnego osłabienia w bardzo znacznym stopniu. Chory odczuwał silne znużenie nawet po lżejszych wysiłkach fizycznych, był przy tym bardzo przygnębiony psychicznie i nie sypiał.

Stwierdzono liche odżywienie chorego, szarobrunatne zabarwienie skóry, a częściowo również śluzówki jamy ustnej, niskie, bo wynoszące 100/65 ciśnienie krwi, znaczne obniżenie poziomu chlorków we krwi (440 mgr w 100 cm^3 zamiast 600 mgr) i niedokrwistość. Poza tym zmiany w szczycie płuca lewego o cechach zmian swoistych. Celowo pomijam wyniki innych badań, które w danym przypadku nic szczególnego nie wnosiły. Obraz chorobowy był charakterystyczny dla niedomogi nadnerczy.

W czasie pierwszych 2 miesięcy chory był leczony zachowawczo, a przy tym bardzo energicznie. Otrzymywał:

1) wyciągi z kory nadnerczy w postaci Cortigenu Richtera podawanego domięśniowo oraz Cortiny Organon dożylnie. Poza tym doustnie świeże nadnercza cielęce i wieprzowe;

2) efetoninę dla poprawienia ciśnienia krwi;

3) witaminę A i C; tę ostatnią dla uzupełnienia jej braku, wiadomo bowiem, że witamina C w warunkach prawidłowych gromadzi się, a może nawet wytwarza w korze nadnerczy;

4) duże ilości soli kuchennej w postaci stężonej dożylnie i w rozczynie fizjologicznym doodbytniczo, a to dla uzupełnienia braku chlorków we krwi, a soli sodu w ustroju, będącego w stosunku antagonistycznym do potasu, którego ilość w chorobie Addisona wzrasta;

5) preparaty cysteiny, dla opanowania astenii;

6) środki przeciw niedokrwistości, przeciw zmianom w płucach, dla poprawy apetytu itp.

Początkowo leczenie to dawało wyraźnie dodatni wynik, co przypisać wypada przede wszystkim, jeżeli nie wyłącznie, dużym dawkom kortyny, którą wprowadzano dożylnie w ilości 40 cm^3 na dobę. Ze względu jednak na wysokie koszty tego preparatu (dzienna dawka kosztowała 120 zł) i trudności w otrzymywaniu go w dostatecznych ilościach, wypadło dawkę tego środka zmniejszyć. Wtedy leczenie, mimo różnorodności stosowanych środków, przestało łagodzić objawy chorobowe. Po 2 miesiącach pobytu w szpitalu, tj. na początku października stan chorego pogarszał się z dnia na dzień, waga spadała, wzmogły się dolegliwości brzuszne, osłabienie mięśniowe, przygnębienie psychiczne, bezsenność i niedokrwistość (w dniu 26 września krew zawierała 40% Hb, c, cz. 1.800.000).

W tych warunkach wysunięto myśl wszczepienia choremu nadnercza. Celowość tego zabiegu nie budziła u kolegów internistów większych zastrzeżeń. Bądź co bądź rozmaici chirurdzy uzyskali w szeregu przypadków za pomocą wszczepów wybitną poprawę, a nawet mniej lub więcej trwałe wyleczenie. Zachęcała do tego sposobu leczenia w stopniu nie małym również ta okoliczność, że wprowadzenie wszczepu stanowi zabieg niewielki, który sam przez się w niczym stanu chorego pogorszyć nie mógł. Zbieg okoliczności przy tym sprawił, że w danym przypadku można było posłużyć się wszczepem ludzkim, i to pochodzącym od osobnika tej samej grupy krwi, co, jak należało przypuszczać, stwarzało lepsze widoki powodzenia. Mia-

nowicie w Szpitalu Okręgowym przebywał na leczeniu chory na zgorzel samoistną kończyn, który pomimo operacji na nerwach współczulnych okołołętniczych, pomimo leczenia acekoliną i podobnymi środkami utracił jedną kończynę dolną, miał zagrożoną kończynę drugą, na której tętno było już niewyczuwalne, miał ponadto podejrzane objawy bólowe w jednej z kończyn górnych, u którego usunięcie nadnercza wydawało się przeto wskazane ze względów leczniczych.

W dniu 5 października 1938 r. dokonano obu operacyj: wyjęcia nadnercza choremu na zgorzel samoistną kończyn i wszczepienia wyjętego nadnercza choremu na chorobę Addisona. Oba zabiegi były wykonane niemal jednocześnie przez 2 zespoły chirurgiczne w tej samej sali operacyjnej. Jeden z nas operował dawcę, drugi — biorcę. Nadnercze wyjęto z cięcia brzusznego z minimalnym jego uszkodzeniem i bezpośrednio po tym wszczepiono je w całości biorcy przedotrzewnowo po lewej stronie brzucha.

U chorego na zgorzel samoistną stwierdzono po operacji pewną, niezbyt wielką zresztą, poprawę. U chorego zaś na chorobę Addisona w ciągu pierwszych dni żadnej zmiany w stanie zdrowia nie dostrzeżono. W końcu 3. tygodnia po operacji zarówno chory jak i lekarze stwierdzili pewną poprawę. Później stan chorego zaczął się pogarszać, a w dniu 10 listopada, tj. w 5 tyg. po operacji chory zmarł.



Rys. 1.

P r o t o k ó ł s e k c y j n y: Przebarwienie skóry i śluzówki jamy ustnej, gruźlica rozpływna obu nadnerczy (rys. 1), gruźlica lew. szczytu płucnego, odoskrzelowe zapalenie płuc gruźlicze galaretowate doln. płatu lewego płuca, zrosty lewej opłucnej, obrzęk śledziony, przewlekłe zapalenie gruczołów chłonnych okołoaortalnych i pachwinowych, mieszkowe zapalenie jelita grubego, wyniszczenie.

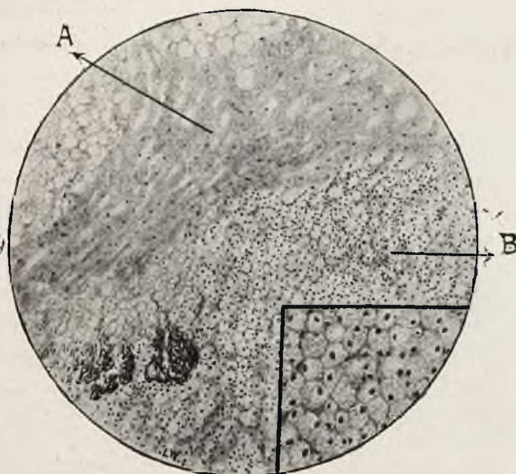


Rys. 2.

Wszczepione nadnercze znajdowało się w miejscu, dokąd zostało wprowadzone. Makroskopowo miało ono wygląd żółtych wstęgowato pofalowanych mas tkankowych (rys. 2). Mikroskopowo stwierdzało się, że przeważająca jego część obumarła, jedynie w odcinkach położonych obwodowo budowa i barwliwość komórek została zachowana (rys. 3).

4. Ocena materiału klinicznego.

Przedstawiony materiał kliniczny uznać wypada za niewystarczający do ściślejszej oceny wartości leczniczej wszczepów nadnerczy w przypadkach nie-



Rys. 3a.



Rys. 3b.

A — obumarła tkanka nadnercza. B. — tkanka nadnercza zachowana. Na rys. 3b. widać w prawej i dolnej części preparatu w sąsiedztwie obumarłej tkanki nadnercza o typowym układzie komórek, liczne złogi soli wapnia a obok nich zachowane wysepki istoty korowej. W sektorach zachowane komórki istoty korowej w silniejszym powiększeniu.

domogi tych gruczołów u ludzi. Przecież w nielicznych tylko przypadkach udało się ustalić losy wszczepu pod względem zachowania jego budowy, a w żadnym przypadku nie przeprowadzono dokładniejszych badań dla wykazania jego czynności w ustroju chorego. Trzeba byłoby jednak dużej niechęci, jeżeli nie stanowczego uprzedzenia do omawianej metody, aby spostrzegane niejednokrotnie po wprowadzeniu wszczepów ustąpienie albo złagodzenie choroby Addisona tłumaczyć zawsze tylko samoistnym przejściowym cofaniem się objawów tego cierpienia albo też niedokładnością robionych spostrzeżeń .

Przedstawione braki w zebranym i przytoczonym wyżej materiale klinicznym, uniemożliwiające ściślejszą ocenę zdolności wszczepów z nadnercza do zastąpienia właściwych gruczołów, uzupełniają w dużym stopniu badania doświadczalne na zwierzętach.

B. WSZCZEPY W CELACH BADAWCZYCH.

Wszczepiania nadnerczy zwierzętom dokonywano początkowo jedynie dla wyjaśnienia roli tego narządu w ustroju, ostatnio zaś również dla zbadania warunków, w jakich wszczepiony gruczoł może zachować się przy życiu i pełnić swą normalną czynność. Posługiwano się przy tym z reguły materiałem własnym zwierzęcia albo pobranym od osobnika tego samego gatunku. Pierwsze tego rodzaju doświadczenia wykonane na żabach i szczurach przez *Canalisa* (1887), *Abelousa* (1892), *Goufreina* (1896), *Boineta* (1889), *Imbreta* (1899), oraz *Coenena* (1906) dały wyniki całkiem niepomyślne. Wszczepy w postaci całych gruczołów wprowadzanych już to do tkanki podskórnej albo mięśniowej, już to do otrzewnej, do nerek, wątroby albo śledziony, bądź ulegały martwicy i wywoływały odczyn zapalny powodujący wydalenie wszczepu, bądź po wgojeniu szybko zanikały. Niewiele lepiej wypadły wyniki doświadczeń *Polla* (1889), *Christiani* i *Schmiedena* (1903). Spostrzegano jed-

nak, że w pewnych nielicznych zresztą doświadczeniach wykonanych na młodych szczurach, część wszczepionej istoty korowej utrzymuje się przy życiu albo odradza się po początkowym obumarciu. W tych razach zwierzęta pozbawione własnych nadnerczy żyły nieco dłużej niż zwykle, z czego wysnuwano wniosek, że wszczep w pewnym stopniu zastępował usunięte nadnercza. Istota rdzeniowa wszczepionego narządu zawsze zresztą ginęła, na jej miejsce rozwijała się tkanka bliznowa. Najgorsze wyniki uzyskiwano przy tym po wprowadzeniu wszczepu pod skórę, lepsze po wszczepianiu domięśniowym, najlepsze, gdy wszczep umieszczano w jądrze.

Szereg badaczy dokonywał na królikach, psach i kotach doświadczeń, polegających na wszczepianiu do nerek tych zwierząt własnych ich nadnerczy z zachowaniem ich unaczynienia. Dokonywano więc w tych razach jedynie przemieszczenia nadnercza, a nie właściwego przeszczepienia. Najlepsze wyniki uzyskali przy tym *Haberer* i *Stoerck* (1908), bo przemieszczone nadnercze zachowało się niemal u połowy operowanych przez nich zwierząt doświadczalnych. Zachowywała się zresztą jedynie warstwa korowa nadnercza, istota rdzenna niemal zawsze ginęła.

Wyniki innych doświadczeń współczesnych i późniejszych były przeważnie złe albo niepewne. Do wyjątków raczej zaliczyć należy spostrzeżenia *Parodiego* (1904) i *Neuhausera* (1910), którzy posługiwali się jako materiałem tkanką zarodkową kory nadnerczy i uzyskiwali nie tylko zachowanie wszczepu, lecz również jego rozrost. Do wyjątkowych również w tym okresie należą wyniki badań *Buscha, Leonarda i Wrighta* (1910), wykonywanych na szczurach, u których nadnercza wszczepione do jąder, jajników albo tarczycy żyły długie tygodnie i miesiące. Istota rdzenna obumierała zresztą zawsze, co uznać wypadało za zjawisko nieuniknione i poniekąd normalne, ponieważ skądinąd (doświadczenia *Pende'go)* było wiadomo, że już zwykłe odnerwienie nadnercza pozostawionego na miejscu nieuchronnie powoduje zwyrodnienie i obumarcie jego istoty rdzeniowej.

Tak ważne dla chirurgów zagadnienie możliwości zastąpienia nadnerczy usuniętych albo chorych przez właściwe wszczepy nie zostawało wyjaśnione na drodze doświadczalnej przez długie lata. Dopiero w 1926 r. *Jaffe* i *Plavska* na podstawie szeregu badań wykonanych na świnkach morskich i szczurach dowiedli, że w pewnych określonych warunkach kora nadnerczy wszczepiona zwierzęciu zachowuje swą budowę i utrzymuje przy życiu zwierzę pozbawione nadnerczy, pełniąc zastępczo czynność usuniętych narządów. Wielu innych badaczy *(Ingle, Hales, Halserud, Schultzer, Gaunt* i inni) potwierdzili wyniki badań *Jaffego,* stwierdzając przytem, że pozbawione nadnerczy zwierzęta doświadczalne, którym wszczepiono korę ich własnych nadnerczy albo nadnerczy innych zwierząt tego samego gatunku, zachowują się jak zwierzęta prawidłowe, zarówno pod względem długości życia i ogólnego stanu zdrowia, jak też pod względem wzrostu, zdolności do rozmnażania, pracy, odczynów na zimno, składu chemicznego krwi, gospodarki wodnej i solnej ustroju itd. *Perla* i *Gottesman* spostrzegali jednak również pewne różnice na korzyść zwierząt prawidłowych, a dotyczące głównie stopnia odporności na jady rozmaitego rodzaju, co próbuje się tłumaczyć brakiem we wszczepie istoty rdzennej, równie jak istota korowa niezbędnej dla zachowania odporności na jady. Powyższe różnice zaznaczają się szczególnie wtedy, gdy ustrój musi szybko reagować

na bodziec chorobotwórczy (np. jad histaminowy).

W latach ostatnich wyjaśnione zostały już w dużej mierze warunki, w jakich wszczepiona tkanka nadnercza zdolna jest u zwierząt do wgojenia. Stwierdzono, że wszczep czy to pobrany od osobnika tego samego gatunku, czy nawet od tego samego zwierzęcia nie wgaja się w ustroju, który zachował bądź oba swe nadnercza, bądź tylko jedno, bądź nawet zaledwie pewną, lecz wystarczającą do życia część jednego nadnercza. Obowiązuje tu ogólne prawo Halsteda [1]) według którego wgojenie się jakiegokolwiek wszczepionego gruczołu dokrewnego może nastąpić jedynie w razie wybitnej niedomogi danego gruczołu w ustroju, albo zupełnego jego braku. Ostatnie badania *Wymana* i *Sudena* pozwoliły poza tym ustalić zależność rozmiarów wszczepu od przysadki. Im żywsza jest czynność przedniego płata przysadki, tym łatwiej wszczep się wgaja, tym większe mogą być jego rozmiary. Wstrzykiwanie kortikotropowego hormonu okazuje się pod tym względem korzystne, podczas gdy usunięcie zwierzęciu przysadki może przeszkodzić wgojeniu się wszczepu. Na rozmiary wszczepu, który ustrój zachowuje, posiada zresztą wpływ również czynność innych gruczołów dokrewnych, czym tłumaczy się okoliczność, że objętość wszczepu jaki się wgaja, zależy od płci (u samic szczurzych objętość ta jest większa) i stopnia dojrzałości płciowej zwierzęcia. W razie wszczepienia tkanki nadnercza w ilości większej niż ustrój zwierzęcia w danych warunkach zdolny jest przyjąć i zachować, część wszczepu ulega obumarciu.

Stwierdzono wreszcie, że łatwiej wgaja się nadnercze podzielone na dwie lub więcej części, niż wszczepione w całości. Tłumaczy to w dużym stopniu niepowodzenia podczas pierwszych doświadczeń, kiedy do wszczepów posługiwano się całymi gruczołami. Miejsce wszczepienia nie odgrywa roli decydującej; równie dobre wyniki dają wszczepy domięśniowe, do jajników i do tkanki przed- albo zaotrzewnej.

C. WARUNKI NIEZBĘDNE DLA WGOJENIA WSZCZEPU I ZACHOWANIA JEGO CZYNNOŚCI.

Porównywanie wyników uzyskiwanych w latach ostatnich w klinice z wynikami otrzymanymi w pracowniach doświadczalnych wypada zdecydowanie na korzyść tych ostatnich. Można to tłumaczyć rozmaicie, a przede wszystkim różnicami, jakie zachodzą między ustrojem zwierzęcia a ustrojem człowieka. Ostatnie twierdzenie miałoby tę słabą stronę, że bądź co bądź w szeregu przypadków również u ludzi objawy wypadnięcia czynności kory nadnercza cofały się po wszczepieniu tego gruczołu pobranego od innego osobnika. Dowodem zaś bezpośrednim a przekonywującym, że wszczepione nadnercze (a mówiąc ściślej, jego istota korowa) również u człowieka może się wgoić oraz zachować swą budowę i czynność, służyć może opisany wyżej przypadek *Goldziehera* i *Barishawa,* gdzie o czynności wszczepu świadczyło ustąpienie na szereg miesięcy objawów chorobowych, a o wgojeniu wszczepionego nadnercza i zachowaniu jego istoty korowej — wynik badania makro- i mikroskopowego. To też nie sposób odrzucić innego przypuszczenia, a mianowicie że przyczyną wielu niepowodzeń w leczeniu niedomogi nadnerczy u ludzi za pomocą wszczepów była nieznajomość i nieprzestrzeganie pewnych wa-

---

[1]) „Halsteds Law of deficiency".

runków, jakie są niezbędne dla wgojenia wszczepu i zachowania jego czynności, a pomijanie których dawało dawniej niepowodzenia również w pracowniach doświadczalnych. Spróbujmy więc ustalić te warunki w oparciu o materiał, jakiego nam dostarcza klinika i doświadczenia na zwierzętach.

1. Stopień niedomogi nadnerczy.

Nie mamy podstaw do lekceważenia w klinice obowiązującego w pracowni doświadczalnej prawa Halsteda, według którego wgojenie się jakiegokolwiek wszczepionego gruczołu dokrewnego może nastąpić jedynie w razie wybitnej niedomogi danego gruczołu w ustroju albo zupełnego jego braku. Ogólnie wychodzi się z założenia, że objawy choroby Addisona są niespornym a w każdym razie wystarczającym dowodem niedostatecznej czynności kory nadnerczy. Znane są jednak przypadki (wspomina o nich *Walawski)*, w których „nie było bezpośrednich schorzeń nadnerczy", gdzie natomiast „znajdowano zmiany w zwoju słonecznym". Przypuszczać należy, że w przypadkach tego rodzaju leczenie za pomocą wszczepów może dać niepowodzenie, ponieważ brak tu zasadniczego warunku dla wgojenia się wszczepionego gruczołu. Za tym, że wgojenie wszczepu i zachowanie jego czynności jest tym pewniejsze, im większy jest stopień niedomogi własnych nadnerczy chorego, świadczy dobitnie wspomniany już uprzednio przypadek *Goldziehera*, gdzie nadnercza własne chorego były w stanie całkowitego zaniku.

Zachowanie omawianego warunku napotyka na razie na trudności ze względu na brak prostej a uznanej za niezawodną metody, która pozwalałaby oceniać czynność kory nadnerczy u ludzi w sposób podobny do tego, w jaki określenie podstawowej przemiany materii świadczy o poziomie czynności tarczycy. Ostatnio czynność gruczołów dokrewnych próbuje się określać za pomocą t. zw. interferometru Hirscha — aparatu, który wyraża odczyn Aberhaldena w cyfrach. Odpowiednie badania na dużym materiale wykazały, że istnieje normalna krzywa czynności gruczołów wewnątrzwydzielniczych. Odchylenie od tej krzywej ma świadczyć o tym. że dany gruczoł funkcjonuje nieprawidłowo. Sądząc z doświadczenia II Kliniki Chirurg. U. J. P. *prof. A. Wojciechowskiego,* badania interferometryczne dają wyniki dość miarodajne, to też należałoby je wykonywać przed każdą próbą leczenia choroby Addisona za pomocą wszczepu z nadnercza. Badania za pomocą interferometru, wykonywane co pewien czas po operacji, pozwalałyby znów ocenić swoiste działanie wszczepu.

2. Pochodzenie wszczepu.

Pochodzenie wszczepów stosowanych w klinice przedstawia się bardzo rozmaicie. Obok materiału pobieranego od ludzi (żywych albo martwych) używa się nadnerczy psa, małpy, barana, prosięcia albo innych zwierząt. Wiele przemawia za tym, że wszczepianie choremu człowiekowi nadnercza ludzkiego pozwala rokować nierównie pomyślniej niż wszczepianie nadnercza obcogatunkowego. Wiadomo przecież, że u zwierząt jedynie nadnercze pochodzące od osobnika tego samego gatunku zdolne jest do wgojenia, zachowania swej budowy i czynności. Nie ma żadnych podstaw do przypuszczenia, by ustrój ludzki różnił się pod tym względem od ustroju zwierząt. Przeciwnie, jak to wynika z przytoczonych uprzednio danych klinicznych, ustrój ludzki często nie toleruje wszczepu obcogatunkowego, i wydala go (przypadki *Curriego, Dmitriewa, Kanew-*

skija). W tych zaś razach, gdzie wszczep obcogatunkowy nie zostaje wydalony, ulega on prawdopodobnie, jak u zwierząt, stopniowemu zanikowi. W każdym razie nie udało się ani razu stwierdzić, by nadnercze zwierzęce w jakiś czas po wszczepieniu go człowiekowi zachowało swą budowę, co natomiast zostało dowiedzione w stosunku do nadnercza ludzkiego (przypadek *Goldziehera,* a w dużym stopniu również spostrzegany przez nas). Wszystko wyżej powiedziane prowadzi do wniosku, że w chorobie Addisona czynność zniszczonych chorobą właściwych gruczołów może przyjąć na siebie jedynie wszczep sporządzony z nadnercza ludzkiego.

Nie wolno mimo to zaprzeczyć pewnej wartości leczniczej wszczepom pochodzenia zwierzęcego, o ile tylko nie zostają one przez ustrój wydalone. Spostrzegane w niektórych przypadkach ich niewątpliwe, jak się zdaje, działanie lecznicze tłumaczyć wypada jako wynik wprowadzenia do ustroju wraz z wszczepioną tkanką pewnej ilości zawartego w niej swoistego hormonu. Wolno też przypuszczać, że produkty powstające podczas postępującej martwicy i zaniku wszczepu działają, jako swoiste histolizaty, pobudzająco na zachowane jeszcze części kory nadnerczy, wzmagając jej czynność, a może nawet powodując jej regenerację. Takie lecznicze działanie wszczepów zwierzęcych wydaje się jednak nie dość pewne, a w każdym razie może ono posiadać jedynie charakter krótkotrwały.

Ujemną stronę wszczepiania nadnerczy ludzkich stanowi trudność ich otrzymywania. Tylko wyjątkowo przecież zdarza się jednocześnie operować odpowiedniego „dawcę", zwłaszcza należącego do tej samej grupy krwi. Nadnercza zaś osobników zmarłych, ze względu na obowiązujące przepisy, pozwalające na dokonanie sekcji dopiero w pewien czas po śmierci, i ze względu na możliwość różnego rodzaju zmian chorobowych w tych gruczołach, uznać należy za materiał mało wartościowy, a może nawet niebezpieczny. Odpowiedni materiał od zmarłych stanowić powinny nadnercza pobrane od płodów bezpośrednio po zgonie, o ile ich rodzicielki nie zdradzają zmian chorobowych, a krew zgadza się z krwią biorcy. Być może nadnercza płodów z wczesnych okresów ciąży, których otrzymywanie w pewnych warunkach (np. podczas operacji ciąży zamacicznej) nie napotyka na przeszkody natury formalnej, wgajałyby się szczególnie łatwo, jak za tym przemawiają doświadczenia *Parodiego* i *Neuhausera,* którzy, posługując się u zwierząt tkanką zarodkową nadnerczy, uzyskiwali nie tylko zachowanie wszczepu, lecz również jego rozrost. Sprawa ta wymagałaby wszakże dalszych badań.

Zgodność krwi dawcy i biorcy, uznawana powszechnie za ważny czynnik, gdy chodzi o pomyślny wynik przeszczepiania narządów i tkanek, posiada najprawdopodobniej znaczenie również w stosunku do nadnercza. Przemawiają za tym przypadek przez nas spostrzegany i przypadek *Goldziehera,* gdzie wszczepy pochodziły od osobników należących do tej samej grupy krwi, co chorzy. Przemawia za tym poniekąd również łatwiejsze wgajanie się u zwierząt nadnerczy pobranych od osobników z tego samego pomiotu *(Wyman* i *Suden).*

3. Przygotowanie wszczepu.

Wielu autorów nie uważa za właściwe wprowadzanie choremu nadnercza w całości, obawiając się ostrej martwicy albo stopniowego zaniku tego gruczołu na skutek niedokrwienia. Słuszność tych obaw opiera się nie tylko na wynikach badań doświadczalnych, bo potwierdza je choćby



DO LECZENIA RZEŻĄCZKI

Szczepionka gonokokowa wieloważna i wielobakteryjna — **Blenophiola**

Klawe

Szczepionka gonokokowa wieloważna w trzech koncentracjach — **Blenactin**

Klawe

Szczepionka gonokokowa wieloważna yochinolowana stopniowana — **Gonolysin**

Klawe

DO NIESWOISTEJ IMMUNOTERAPII SCHORZEŃ GORĄCZKOWYCH

Nieswoista szczepionka do leczenia anginy, grypy, schorzeń infekcyjnych — **Panodin**

Klawe

Szczególnie stężona postać tej szczepionki do poronnej terapii — **Panodin forte**

Klawe

DO LECZENIA ZAKAŻEŃ GRONKOWCOWYCH

Anatoksyna gronkowcowa wg Ramona — **Anastaphyl**

Klawe

Szczepionka gronkowcowa stopniowana — **Staphylactin**

Klawe

DO LECZENIA WSTRZĄSOWEGO MIEJSCOWYCH SPRAW ROPNYCH

Atoksyczna szczepionka mieszana wg Delbeta — **Delbeccin**

Klawe

POSTĘPY SEROTERAPII

Surowica błonicza — **Serum antidiphtericum**

Klawe — **Klawe**

2.000 j., 3.000 j., 5.000 j. i 10.000 j.

Surowica płonicza — **Serum antiscarlatinosum**

Klawe — **Klawe**

zwykła — koncentrowana

Surowica paciorkowcowa — **Serum antistreptococcicum**

Klawe — **Klawe**

fiolki po 10 cc.

Surowica gronkowcowa — **Serum antistaphylococcicum**

Klawe — **Klawe**

fiolki po 10 cc.

Surowica tężcowa — **Serum antitetanicum**

Klawe — **Klawe**

5.000 j., 10.000 j., 25.000 j. i 3.000 j. (koncentr.)

Serum anti-peritonitis



PERITOSAN
KLAWE

SKŁAD I WŁASNOŚCI

Peritosan jest surowicą wieloważną, przygotowaną przeciw tym zjadliwym drobnoustrojom, które najczęściej spotykane są w różnego rodzaju zapaleniach otrzewnej, szczególnie przy zapaleniu wyrostka robaczkowego; w skład preparatu wchodzą: serum anti-Coli, serum anti-Perfringens, serum antienterococcicum i serum antistreptococcicum.

WSKAZANIA

Ciężkie przypadki zapalenia wyrostka robaczkowego, gdy istnieją objawy toksemii albo zapalenia otrzewnej; zapalenie otrzewnej na skutek perforacji woreczka żółciowego, owrzodzenia żołądka lub dwunastnicy itd.; zapobiegawczo — przy laparotomiach w sprawach nieropnych.

SPOSÓB STOSOWANIA

Surowicę Peritosan należy stosować w ilości 20—60—100 cc dootrzewnowo bezpośrednio lub za pomocą sondy Nelatona (najlepiej przed końcem zabiegu); gdy stan jest szczególnie ciężki, należy ją podawać dożylnie per se lub rozcieńczając w 400 — 900 cc soli fizjologicznej (kroplówka).

DOM PRASY S. A. WARSZAWA

przypadek *Desmaresta,* gdzie nadnercze pochodzące od człowieka, posiadającego krew tej samej co chory grupy, lecz wszczepione w całości uległo zgorzeli, powodując śmierć chorego. Powyższe niebezpieczeństwo tymbardziej należy uznać za realne, że nadnercza normalnie są zaopatrywane w krew bardziej obficie niż inne narządy. To też słusznym wydaje się dążenie do stworzenia takich warunków, w których jak najszybciej i jak najsprawniej mogłoby nastąpić odżywianie komórek wszczepu przez krew biorcy. W tym celu zaleca się wszczepiony gruczoł, którego waga u człowieka wynosi przeciętnie 6 gr, dzielić na części i każdą część wrowadzać choremu do innego łożyska. Szereg przytoczonych wyżej spostrzeżeń klinicznych i doświadczalnych świadczy na korzyść takiego postępowania. Przemawia za nim również nasz przypadek, gdzie zachowały się jedynie obwodowe części wszczepu, których naczynia mogły najłatwiej połączyć się z naczyniami łożyska.

Dbałość o należyte ukrwienie wszczepionego nadnercza posuwają niektórzy jeszcze dalej. Mianowicie, w obawie o niekorzystny na naczynia łożyska wpływ zawartej we wszczepie adrenaliny, starają się tę ostatnią usunąć za pomocą płukania w fizjologicznym rozczynie soli lub w płynach podobnych. Powołują się przy tym na badania nad przemieszczaniem nadnerczy do nerek. Jak podaliśmy wyżej, część nadnerczy mimo zachowania unaczynienia obumierała, co przypisuje się ujemnemu działaniu na naczynia przemieszczonego narządu wydzeliny istoty rdzeniowej. Słuszność takiego postępowania pozostaje jednak sprawą sporną, ponieważ, jak stwierdzono, nadnercze wkrótce po wyjęciu zawiera adrenaliny bardzo niewiele, albo nie zawiera jej wcale. Natomiast łatwo w ten sposób spowodować uszkodzenie komórek wszczepionego gruczołu i osłabić ich biologiczne własności. Zresztą u zwierząt tego rodzaju postępowanie okazuje się zupełnie zbyteczne.

4. Właściwy wybór łożyska dla wszczepu.

Ogólnie biorąc, zaleca się umieszczać wszczep w takim miejscu ustroju, które, będąc z jednej strony łatwo dostępne, jest należycie ukrwione i dostatecznie zabezpiecza wszczepioną tkankę przed urazem. Najpewniej zabezpiecza wszczepiony narząd przed urazem wprowadzenie go do szpikowego kanału kości. Wiąże się to jednak z zabiegiem, powaga którego może się okazać zbyt wielką u ciężko chorych. Z tych samych względów nie znalazły szerszego zastosowania u ludzi propozycje wszczepiania nadnercza do jąder i do jajników, jakkolwiek narządy te uznawane są przez niektórych za najbardziej właściwe łożysko dla wszczepów ze względu na swe dobre ukrwienie. Tkanka podskórna, najłatwiej dostępna, nie zapewnia podobno wszczepowi należytego zaopatrzenia w krew, nie chroni go ponadto przed urazem zewnętrznym. Najczęściej dokonuje się wszczepu do mięśni brzusznych albo do tkanki przedotrzewnej. Dostęp do nich jest łatwy, zabieg daje się wykonać w znieczuleniu miejscowym, zaopatrzenie w krew wszczepu podzielonego na skrawki okazuje się wystarczająco dobre, a ochrona przed urazem dostateczna. Zastrzec się wszakże należy, że nadnercze wprowadzone w dużych kawałkach, a tym bardziej w całości do mięśni albo między mięśnie może podlegać uciskowi. Dlatego też w naszym przypadku, gdzie jako wszczepu, użyto nadnercza w całości, zostało one umieszczone w tkance przedotrzewnowej.

5. Przygotowanie chorego.

Dotychczasowe doświadczenie kliniczne przemawia za tym, że duże znaczenie posiada ogólne przygotowanie chorych do operacji wszczepienia nednercza. Podawa-

nie tym chorym wyciągów z kory nadnerczy oraz soli kuchennej we właściwej postaci i w dostatecznej ilości stwarza lepsze warunki gojenia rany operacyjnej i zapobiega swoistemu niebezpieczeństwu, jakie może spowodować nagłe wprowadzenie do ustroju żywej tkanki nadnercza. Takie leczenie powinno być stosowane również przez pewien czas po operacji, gdyż w ten sposób, jak sądzą *Barishaw* i *Goldzieher*, zapobiega się przedwczesnej, a może nadmiernej czynności świeżo albo niezupełnie wgojonego wszczepu, co może doprowadzić do jego wyczerpania i trwałego upośledzenia żywotności. Ponadto, opierając się na wynikach badań doświadczalnych, wykazujących zależność wgajania się wszczepu od czynności przysadki, zalecają chirurdzy amerykańscy wstrzykiwanie chorym po operacji kortikotropowego hormonu. Wartość wymienionych środków u człowieka nie została jednak jeszcze dostatecznie wyjaśniona i ocena ich wymaga specjalnych badań.

W n i o s k i:

Przytoczone w tej pracy dane kliniczne i doświadczalne pozwoliły ustalić rzecz wagi zasadniczej, a mianowicie, że od wszczepów z nadnerczy można oczekiwać korzyści leczniczych jedynie wtedy, gdy wszczepów tych dokonuje się w pewnych warunkach i okolicznościach. Przyznać należy, że w dotychczasowych próbach leczenia choroby Addisona za pomocą omawianej metody warunki te i okoliczności przeważnie nie były przestrzegane. To też zasadniczo negatywny stosunek do tego sposobu leczenia, jakkolwiek oparty na wynikach przypadków w ogromnej większości niepomyślnych albo niepewnych, wydaje się usprawiedliwiony tylko pozornie. Należałoby raczej uważać wszczepianie nadnerczy za metodę dużo obiecującą, ściślejsza ocena której wymaga wszakże dalszych badań i spostrzeżeń.

PIŚMIENNICTWO.

1. *Abelous.* Compt. rend. de Soc. de Biol. T. 3. s. 864, 1892. 2. *Beer* i *Oppenheimer.* Ann. Surg. T. 100. s. 689, 1934. 3. *Boinet.* Rev. de méd. Paris. T. 19. s. 964, 1899. 4. *Busch, Leonard i Wright.* Journ. amer. med. assoc. T. 51. s. 640, 1908. 5. *Canalis.* Internat. Monatshr. f. Anat. u. Physiol. T. 4. s. 312, 1887. 6. *Coenen.* Arch. f. klin. Chir. T. 81. s. 288, 1906. 7. *Curie.* Canad. med. amer. Journ. T. 14. s. 626, 1924. 8. *Curschmann.* Deutsch. med. Wochenschr. T. 54. s. 478, 1928. 9. *D'Abreu.* Lancet II. s. 1478, 1933. 10. *Desmarest* i *Monier-Vinard.* Bull. de Soc. medic. hôpit. Paris. Nr 23. s. 1125, 1934. 11. *Dimitriew.* Zentralbl. f. Chir. T. 52. s. 1082, 1925. 12. *Goldzieher* i Barishaw. Endocrinology. T. 21. s. 394, 1937. 13. *Goldzieher* i *Makai.* Ergebn. d. allg. Path. u. pathol. Anat. T. 16. s. 721, 1913. 14. *Goufrein.* Rev. med. de la Suisse. T. 16. s. 113, 1896. 15. *Haberer* i *Stoerck.* Arch. f. klin. Chir. T. 87. s. 893, 1908. 16. *Halpern* i *Arkusenko.* Russk. Klin. T. 8. s. 522, 1927. 16. *Imbert.* Sess. de S-té franç. urol. T. 4. s. 527, 1899. 18. *Ingle, Hales* i *Haslerud.* Amer. Journ. Physiol. T. 114. s. 653, 1936. 19. *Jaffe.* J. exper. Med. T. 45. s. 587, 1927. 20. *Jaffe* i *Plavska.* Proc. Soc. exper. Biol. and. Med. T. 28. s. 528, 1926. 21. *Kanewskij.* Now. chirurg. Archiw. T. 8. s. 504, 1929. 22. *Leriche* i *Froehlich.* Ann. d'anat. pathol. T. 13. s. 1039, 1936. 23. *Leschkke.* Med. Klin. T. 24. s. 1268, 1929. 24. *Nemiłow.* Endokrinologia. Moskwa. 1938. 25. *Neuhauser.* Deutsch. med. Woch. T. 35. s. 332, 1909. 26. *Parodi.* Arch. di biol. sperimentale. T. 58. s. 47, 1904. 27. *Perla* i *Marmoston-Gottesman.* Proc. Soc. exper. biol. and med. T. 28. s. 650, 1931. 28. *Poll.* Arch. f. mikr. Anat. T. 59. s. 440, 1899. 29. *Reinhart.* Münch. med. Woch. T. 75. s. 1024, 1928. 30. *Rutkowski.* Chirurg Polski. T. 3. s. 771, 1938. 31. *Schmieden.* Deutsch. Zeitsch. f. Chir. T. 70. s. 453, 1903. 32. *Walawski.* Medycyna Nr 17. s. 654, 1938. 33. *Wyman* i *Suden.* Endocrinology. T. 21. Nr 4. s. 523 i Nr 5. s. 587, 1937.

Transplantation of adrenal tissue in Addison's disease

by

W. Ostrowski.

S U M M A R Y.

A case of Addison's disease due to tuberculosis of the adrenals is reported. Suprarenal graft (the whole gland) obtained from a case of thromboangiitis obliterans was placed between abdominal muscles and peritoneum. The patient who was before the operation in a very bad condition died 5 weeks later from tuberculous bronchopneumonia. Persistence of cortical tissue in good morphological condition was found only on the surface of the implant.

The technic and chances of cortical tissue transplantation in Addison's disease are discussed. The examination of cortical activity by Hirsch's method, the use of suitable tissue for grafting from a donor of the same blood group, grafting of small pieces and adequate preparation of the patient by cortical hormone, salt therapy and by injections of the pituitary corticotropic principles are suggested.

Z Instytutu Chirurgii Urazowej w Warszawie.
Kierownik: *Plk. Dr T. Sokołowski.*

ROPIEŃ BRODIEGO SZYI KOŚCI UDOWEJ.

podali

Dr Z. Ambros i Dr T. Sokołowski

Cz. I — kliniczna.

W r. 1830 *Brodie* i *Bromfield* wyosobnili odrębną postać ogniskowego zapalenia kości, t. zwany r o p i e ń c e n t r a l n y kości — abscessus osseus. Znamienne dla tej postaci jest to, że sprawa ogranicza się do nieznacznej przestrzeni, tak iż ognisko przedstawia się ostatecznie w postaci niewielkiej jamki, zazwyczaj kształtu owalnego, przy czym oś dłuższa tej jamki układa się w osi podłużnej kości długiej. Anatomicznie jest to jama wypełniona śluzowatą ropą; jama ta jest wielkości zmiennej, od ziarna grochu do orzecha laskowego, o wyraźnie zaznaczonych sklerotycznych ścianach. W dalszym otoczeniu jamy kość wykazuje również większe zagęszczenie, a w przypadkach długotrwałych nawet sklerozę. Ścianę ropnia wyściela błona ropotwórcza zbudowana z granulacyj, przypominających wyglądem makroskopowo śluzówkę.

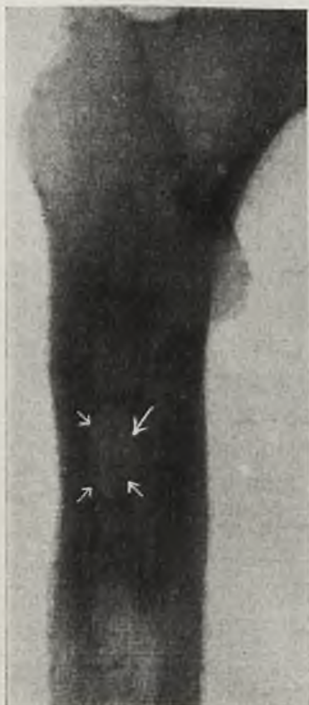
Ropień Brodiego jest to sprawa zapalna ogniskowa kości, która powstaje na drodze przerzutowej — krwiopochodnej wskutek zakażenia gronkowcem o małej wirulencji, najczęściej złotym. W wywiadach daje się wykazać zazwyczaj przebyta choroba zakaźna, jak angina, grypa, ogniskowe ropne zapalenie skóry itp.

Podobne do ropnia Brodiego obrazy kliniczne i rentgenologiczne mogą dać również sprawy ropne kości wywołane przez prątki tyfusowe i pneumokoki. Niekiedy, zwłaszcza w początkowych okresach, ropień Brodiego trudno odróżnić od ogniska gruźliczego oraz kilaka. Podkreślić jednak

należy, że mianem ropnia Brodiego obejmujemy wyłącznie przewlekłe ogniskowe zapalenie kości wywołane przez gronkowca.

Znamienny w obrazie klinicznym dla ropnia Brodiego jest powolny przebieg cierpienia. Ropień taki może przez długi czas nie dawać objawów i istnieć tylko jako ognisko utajone, które uczynnia się dopiero po urazie lub zaziębieniu, sprowadzając bóle o charakterze gośćcowym. Typowy obraz kliniczny stanowią bóle promieniujące do sąsiednich stawów, n a s i l a j ą c e s i ę g ł ó w n i e w n o c y. W naszym materiale chorych spostrzegaliśmy przypadek ropnia Brodiego górnej części trzonu k. udowej, trwający od 47 lat. Ropień ten był stwierdzony rentgenologicznie już od początku ery rentgenowskiej. W przypadku tym (rys. 1) widzimy ognisko rozrzedzenia otoczone na znacznej przestrzeni sklerotyczną tkanką kostną. Ropień ten, jak stwierdzono podczas zabiegu, posiadał twarde ściany i zawierał charakterystyczną śluzowatą ropę. Przez kilkadziesiąt lat chory ten miał okresowe bóle, które łagodził fenacetyną itp. środkami. Zgadza się to ze spostrzeżeniami innych autorów, którzy podają okres trwania ropni Brodiego na 10 — 20 lat.

Rozpoznajemy ropień Brodiego dopiero na podstawie zdjęcia rentgenowskiego, ponieważ objawy miejscowe nie dają częstokroć wyraźnego odczynu miejscowego w postaci zgrubienia kości i bolesności miejscowej. W okresach początkowych sprawa chorobowa nie jest zazwyczaj rozpoznawana, ponieważ nawet bóle występują nie w postaci ogniskowej a w postaci nieokreślonych dolegliwości, bólów promieniujących itp. To też z wywiadów stwierdzamy zazwyczaj, że chorzy byli przez czas dłuższy leczeni na reumatyzm, nerwobóle lub nawet na gruźlicę stawu. I do-



Rys. 1a, przed zabiegiem.



Rys. 1b, po zabiegu.

piero rentgenogram wykonany w okresie utworzenia się definitywnej jamy ropnia z charakterystycznym ubytkiem cienia (jamą) i sklerotyczną otoczką nie daje już wątpliwości rozpoznawczych.

Należy zatem podkreślić, że obraz radiologiczny, typowy dla wczesnego okresu ropnia Brodniego, nie może odpowiadać temu, co spotykamy w okresach późnych, gdy już doszło do ukształtowania się wyraźnej jamy, otoczonej zbitą tkanką. W początkowych okresach zapalenia kości mamy przecież do czynienia z zatorem bakteryjnym i niszczącym działaniem jadów na tkankę kostną. W tym okresie nie mamy jeszcze rozrzedzenia ogniskowego i jamy, spostrzegamy natomiast w obrazie rentgenowskim plamę — nasilenie cienia, które odpowiada ogniskowej martwicy. Jest to więc obraz nie uznawany jeszcze powszechnie za charakterystyczny dla ropnia Brodiego. Obrazy zbliżone dają i inne sprawy ogniskowe, np. gruźlica, stąd też częste omyłki rozpoznawcze w tym okresie. Najczęściej, jak wynika z naszych spostrzeżeń, rozpoznawano gruźlicę. W jednym z naszych przypadków chory był leczony z tym rozpoznaniem w ciągu dwóch lat mimo dokonywanych rentgenowskich zdjęć.

Dopiero przegląd serii rentgenogramów uwidacznia rozwój ropnia w obrazie rentgenowskim i uczy wczesnego rozpoznawania. Obok niejasnego w początkowych okresach rentgenogramu należy więc kierować się również obrazem ogólnym, charakterystyczną lokalizacją oraz przewlekłością przebiegu. Znamienne są dla tego okresu fazy nasilania się i zanikania dolegliwości, łatwe ich ustępowanie po podaniu środków przeciwbólowych, brak odczynu ogólnego i nieokreślone promieniowanie bólów, które nasilają się typowo w nocy.

Charakterystyczne umiejscowienie ropni Brodiego to przynasady kości długich — piszczela, k. udowej i ramiennej. Najczęściej spotykamy ropień ten w obrębie górnego odcinka piszczela — można to tłumaczyć za *Helferichem* największym narażeniem tej okolicy na urazy — spotykamy jednak opisy ropni Brodiego innych kości, nawet kości krótkich.

W piśmiennictwie polskim mamy jedną zaledwie publikację *W. Krotowa* o ropniu Brodiego na marginesie leczonego przypadku ropnia piszczela. *Krotow* (1930), opierając się na piśmiennictwie obcym, podaje że w piśmiennictwie światowym ogłoszono zaledwie 219 przypadków, z czego 80% przypadało na piszczel. Zarówno *Krotow,* jak i inni autorzy podkreślają, że ropień Brodiego nigdy nie przebija nazewnątrz lub do sąsiedniego stawu dzięki grubości swoich ścian.

Najpewniejszym leczeniem ropni Brodiego jest otwarcie jamy ropnia. Z uwagi na małą wirulencję ropy (ropa ta po dłuższym czasie trwania ropnia jest nawet zazwyczaj jałowa) nie potrzebne jest szerokie otwieranie ropnia, wystarcza częstokroć zwykłe przewiercenie, po którym spostrzegamy wygojenie się i przebudowę ogniska. W naszych przypadkach sączkowaliśmy (silkiem) tylko w jednym przypadku długotrwałego ropnia szyi k. u., o którym wspomnieliśmy już na początku. W tym przypadku jednak nastąpiło po szeregu lat zaostrzenie się sprawy, towarzyszyły temu wzniesienia gorączkowe. W pozostałych naszych przypadkach nie zakładaliśmy ani sączków ani plomby do jam.

Do ostatnich czasów nie było w piśmiennictwie doniesień o umiejscowieniu ropni Brodiego w szyi kości udowej. Dopiero w roku ubiegłym zjawiła się publikacja *Jonesa* i *Robertsa* oparta na spostrzeganiu przypadków umiejscowienia ropni w szyi k. udowej, ale dotyczy ona przypadków ostrych ropni u dzieci, połączonych z zapaleniem stawu biodrowego.

W Instytucie Chirurgii Urazowej spo-

strzegaliśmy 6 przypadków ropni Brodiego, umiejscowionych w szyi kości udowej. Fakt, że dopiero po ogłoszeniu pracy *Jonesa* i *Robertsa* „zjawiły" się niespostrzegane przed tym te przypadki świadczy wymownie o tym, że przypadki takie ulegały poprzednio przeoczeniu. Dowodem tego służyć może również fakt, że w ciągu krótkiego okresu po przedstawieniu na posiedzeniu Warsz. Tow. Chirurgicznego pierwszych takich przypadków przysłano nam do leczenia przypadek leczony od kilku miesięcy w jednym ze szpitali z rozpoznaniem rwy kulszowej, pomimo że w przypadku tym było wykonane dobre zdjęcie rentgenowskie na filmie — na zasadzie tego właśnie zdjęcia już po odnośnym referacie rozpoznano ropień Brodiego szyi k. udowej.

Na ogół przypadki ropni Brodiego są rozpoznawane dopiero w późnych okresach na zasadzie charakterystycznego rentgenogramu, który nie budzi już żadnych wątpliwości. Uważamy więc za specjalnie instruktywne przedstawienie naszego materiału nie tylko ze względu na nienotowane jeszcze dotychczas u nas umiejscowienie, ale również ze względu na różnorodność przebiegu choroby, powikłań oraz okresu, w jakim cierpienie podlegało leczeniu operacyjnemu.

Przyp. 1. M. M. lat 36, l. hist. chor. 796/38. Wywiad rodzinny bez znaczenia. W dzieciństwie nie chorował, później przechodził kilka razy anginę. Obecna choroba datuje się od 4 lat, a początek jej wiąże chory z wypadkiem, jakiemu uległ w czasie wycieczki narciarskiej: stłukł sobie wtedy silnie lewy bok, spadając z dość znacznej wysokości. Po wypadku utrzymywały się przez pewien czas bóle w krzyżach, które ustąpiły zupełnie po dłuższym wypoczynku. W sierpniu 1936 r. bóle w krzyżach pojawiły się znowu, dołączyła się bolesność stawu biodrowego lewego. Bóle te wystąpiły nagle po intensywnym treningu tenisowym. Nasilenie bólów zmniejszyło się po kilku tygodniach, a w grudniu bóle zniknęły zupełnie, tak że chory wybrał się znów na narty. Po powrocie z wycieczki, wystąpiły tak silne bóle w krzyżach i stawie biodrowym lewym, że chory zmuszony był położyć się na tydzień do łóżka. Lekarz do którego się zwrócił chory rozpoznał „artretyzm" i polecił mu pobrać serię iniekcyj atofanilu. Jednak bóle w krzyżach i w stawie biodrowym utrzymywały się w dalszym ciągu. Chory leczył się u szeregu lekarzy, którzy doradzali mu nagrzewania aparatem Polano i diatermią, masaże itd. I te zabiegi nie przyniosły poprawy — chory zniechęcony przestał się leczyć. Z czasem nasilenie bólów w krzyżach i stawie biodrowym zmalało, lecz pozostały trwałe dolegliwości, zaznaczające się i nasilające po każdym dłuższym chodzeniu. W bieżącym roku chory rozpoczął na wiosnę treningi tennisowe, które spowodowały wkrótce dawne bóle. Lekarz, do którego chory się zwrócił, rozpoznał torebkową postać gruźlicy stawu biodrowego, zalecając leczenie ogólne. Wobec braku poprawy i coraz większego nasilania się bólów, szczególnie w nocy, zgłasza się do Instytutu Chirurgii Urazowej.

S t a n o g ó l n y: Chory wzrostu wysokiego, budowy kośćca silnej, typu atletycznego. Narządy wewn. bez odchyleń od normy. Ciepłota ciała nie podwyższona. Badanie miejscowe: okolica kręgosłupa lędźwiowego i stawów krzyżowo-biodrowych nie bolesna, tak samo części miękkie okolicy stawu biodrowego lewego. Nieznaczne ograniczenie ruchów w stawie biodrowym lewym. Przy uderzaniu w okolicę krętarza dużego, chory odczuwa ból w pachwinie lewej. Zdjęcie rentgenowskie (rys. 2) wykazuje w szyi kości udowej lewej w okolicy podgłówkowej dwa ogniska rozrzedzenia wielkości ziarna grochu - fasoli, otoczone zbitym, silniej uwapnionym od otoczenia wałem. Ogniska te leżą w obu rzutach, przednio-tylnym i osiowym, w szyi kości udowej podgłówkowo. Na chrząstce główki stwierdza się drobne plamkowate ubytki, szpara stawowa nieznacznie poszerzona. Rozp.: *abscessus Brodie colli fem. sin.*

Z a b i e g o p e r a c y j n y *(dr Sokołowski)*: Ułożenie chorego na stole ortopedycznym; oznaczono na skórze paskami ołowiu linię kierunkową, wytyczającą oś szyi kości udowej, podobnie jak w postępowaniu, przyjętym w gwoździowaniu złamań kości udowej. W znieczuleniu miejscowym cięcie podłużne długości około 2 cm, poniżej krętarza dużego, poprzez wszystkie war-



Rys. 2.



Rys. 3.



Rys. 4.

stwy do kości. Wzdłuż naznaczonej na skórze linii kierunkowej, wkręcono gwóźdź Steinmanna w szyję kości udowej. Kontrola rtg. wykazała w obu rzutach, że gwóźdź przebija oba ogniska. Gwóźdź wyjęto, wprowadzając przez kanał po nim świder Wolszczana (rys. 3 i 4), którym rozwiercono stożkowato koniec kanału, znajdujący się na wysokości łożyska obu ropni. Po otwarciu w ten sposób jam ropni zeszyto powięź i skórę. Zdjęcie kontrolne wykazało w szyi kości udowej pasmowaty kanał po świdrze, drążący przez środek szyi do otwartego łożyska ropni.

P r z e b i e g p o o p e r a c y j n y prawidłowy, bez zwyżek ciepłoty ciała. Przez pierwsze dwa dni chory odczuwał nieznaczne tępe bóle w operowanej kończynie. Po 8 dniach usunięto szwy i stwierdzono, że rana zagoiła się przez rychłozrost. Chorego wypisano do domu z poleceniem nie obciążania kończyny przez dwa tygodnie, a po 4 tyg. zalecono wyjazd do Ciechocinka, doradzając leczenie zdrojowiskowe z uwagi na zmiany zniekształcające w lewym stawie biodrowym.

K o n t r o l a p o 2 m i e s i ą c a c h: Po wypisaniu z Instytutu, chory stosownie do polecenia przeleżał 2 tygodnie w łóżku. Po tym czasie zaczął chodzić, początkowo o lasce, a po tygodniu już bez podparcia. Przez kilka dni odczuwał przy obciążaniu kończyny nieznaczne dolegliwości w stawie biodrowym lewym, zaznaczające się głównie, jako pewne zahamowanie zginania i odwodzenia kończyny. Bóle w krzyżach, ustąpiły bezpośrednio po zabiegu. Po 3 tyg. czuł się już zupełnie dobrze i w tym stanie pojechał do Ciechocinka. Obecnie wszelkie dolegliwości ustąpiły całkowicie. Rtg. wykazał, że kanał po wierceniu został już wypełniony przez tkankę kostninową, przy czym (zwłaszcza na zdjęciu osiowym) zaznacza się wyraźnie przebudową beleczek kostnych w sklerotycznych wałach, które stanowiły ściany otwartych operacyjnie ropni.

Przyp. 2. W. W., lat 32, l. hist. chor. 846/38. W dzieciństwie przeszedł odrę. Przed 10 laty w czasie pełnienia służby wojskowej przeziębił się i leżał przez czas jakiś w szpitalu okręgowym i został zwolniony z wojska z powodu przewlekłego nieżytu oskrzeli.

Obecna choroba wedle podania chorego datuje się od 3 dni. Wyskakując z tramwaju chory potknął się i upadł na lewy bok. Po upadku podniósł się sam i zaszedł do domu, utykając na lewą kończynę. W domu wystąpiły bardzo silne bóle w lewym stawie biodrowym, promieniujące ku okolicy krzyżowej. Wezwany lekarz skierował chorego do Instytutu Chirurgii Urazowej z podejrzeniem na złamanie szyi kości udowej.

P r z y p r z y j ę c i u s t w i e r d z o n o: Chory wzrostu średniego, budowy kośćca prawidłowej, odżywienia miernego. W płucach stwierdzono objawy przewlekłego nieżytu oskrzeli. Narząd krążenia i narządy jamy brzusznej bez zmian. Miejscowo: kończyna dolna lewa ustawiona w zgięciu w stawie biodrowym i kolanowym. Ruchy czynne stawu biodrowego lewego zniesione, ruchy bierne z powodu żywej bolesności wybitnie ograniczone. W częściach miękkich okolicy stawu biodrowego zmian nie stwierdzono. Żywa bolesność w pachwinie lewej przy uderzaniu w

podstawę krętarza, to samo przy uderzaniu w kolano po stronie chorej. Zdjęcia wykazały w środkowym odcinku szyi lewej kości udowej ropień centralny wielkości laskowego orzecha o silnie wysyconych, sklerotycznych ścianach. W rzucie osiowym ropień ten leży bliżej przedniej powierzchni szyi kości udowej i ma kształt jajowaty. Jeszcze silniej, aniżeli w AP. zaznacza się w tym rzucie wysycenie ścian ropnia (rys. 5 i 6).



Rys. 5. Przyp. 2, Rzut A. P.



Rys. 6. Przyp. 2, Rzut boczny.

Z a b i e g o p e r a c y j n y *(dr Sokołowski)*: Po ułożeniu chorego na stole ortopedycznym, oznaczono paskami ołowiu na skórze linię kierunkową szyi k. udowej. Następnie w znieczuleniu miejscowym, wykonano poniżej krętarza większego cięcie długości około 3 cm, aż do kości i wkręcono wzdłuż linii kierunkowej wiertło Wolszczana. Kontrola rtg. wykazała w obu rzutach, że świder trafia i przebija ropień. W rzucie AP. widać dokładnie, że świder przechodzi przez środek ropnia. Ruchem lejkowatym końca świdra otwarto szeroko jamę ropnia. Po zeszyciu powięzi i skóry założono opatrunek aseptyczny. Wykonane po zabiegu zdjęcie rentgenowskie wykazało szeroki kanał po świdrze, biegnący przez środek szyi kości udowej. Jama po ropniu zaznacza się w postaci nieregularnej (porozrywane beleczki kostne). Badanie bakteriologiczne (hodowla) pobranych w czasie zabiegu wyskrobin wykazała gronkowca białego i hemolizującego.

P r z e b i e g p o o p e r a c y j n y w pierwszych dniach po zabiegu, powikłany ostrym nieżytem oskrzeli. Po 8 dniach ciepłota ciała w granicach normy, rana zgojona przez rychłozrost. Usunięto szwy i wypisano chorego do domu, zabraniając mu przez 2 tyg. obciążać kończynę.



Rys. 7. Przyp. 2, zdjęcie kontrolne.

K o n t r o l a p o 2 m i e s i ą c a c h: Po opuszczeniu Instytutu chory zaczął po 10 dniach chodzić o lasce, nie odczuwając już żadnych dolegliwości. Po tygodniu chodził już bez la-

ski, obciążając normalnie kończynę. W ostatnich tygodniach odczuwa dolegliwości w prawym stawie biodrowym, podobnie do tych, jakie miał przed zabiegiem w kończynie lewej. Kontrolne zdjęcie rtg. (rys. 7) wykazało zatarcie ścian jamy po wierceniu i zaznaczającą się przebudowę beleczek kostnych w dawnym łożysku ropnia. W główce kości udowej prawej tuż powyżej łuku Adamsa zaznaczone rozrzedzenie wielkości ziarna grochu, bez wyraźniejszej granicy przechodzące w tkankę kostną prawidłową. Podejrzewając tworzenie się ropnia Brodiego w szyi kości udowej prawej, doradzono choremu serię wstrzykiwań anastaphylu i polecono zgłaszanie się co pewien czas do kontroli rentgenowskiej.

Przyp. 3. G. J., l. 22. Wywiad rodzinny bez znaczenia; w 6. roku życia przeszedł tyfus plamisty. Obecna choroba zaczęła się nagle przed 3-ma tygodniami silnymi bólami w okolicy pachwinowej lewej, promieniującymi ku dołowi: lekarz, do którego zwrócił się chory, skierował go na oddział neurologiczny z rozpoznaniem rwy kulszowej. Mimo 2-miesięcznego leczenia fizykalnego na tym oddziale b'le w pachwinie lewej utrzymywały się w dalszym ciągu, a nawet wzrosło ich nasilenie po stosowaniu diatermii. Chorego skierowano do zbadania do Instytutu Chir. Urazowej (po posiedzeniu Warsz. T-wa Chir.). Na podstawie załączonego, wykonanego dawniej zdjęcia, rozpoznano ropień Brodiego szyjki k. udowej i przyjęto chorego do zabiegu operacyjnego.

Badanie kliniczne nie wykazało wyraźniejszych zmian w obrębie lewego stawu biodrowego oprócz nieznacznego ograniczenia ruchomości. Rtg. (rys. 8) wykazał w szyi k. udowej lewej dwa ogniska: większe, wielkości i kształtu ziarna fasoli, leży przy dolnej krawędzi szyi, mniejsze wielkości ziarna soczewicy, przy krawędzi g'rnej u przejścia w gł'wkę. Większe ognisko wykazuje nasilenie cienia w postaci ciemniejszej plamy, mniejsze również w postaci plamy jest otoczone na obwodzie obrąbkiem rozrzedzenia, które przechodzi stopniowo w tkankę zdrową o prawidłowym uwapnieniu.

Zabieg operacyjny *(Dr Sokołowski)* wykonano w znieczuleniu miejscowym techniką podaną w dwu pierwszych przypadkach: każdy ropień otwarto osobnym wierceniem. Zdjęcia rtg. wykonane po zabiegu (rys. 9, 10) wykazują smugowate kanały po wierceniu, przebiegające przez łożyska dawnych ropni. Przebieg pooperacyjny bez powikłań, po 8 dniach usunięto szwy. Rana pooperacyjna zagojona, dawne bóle ustąpiły już na drugi dzień po zabiegu. Chorego wypisano z poleceniem oszczędzania kończyny przez okres 3-4 tygodni i zgłoszenie się za kilka miesięcy do kontroli. Chory czuje się zupełnie zdrów, dawne dolegliwości, które nie opuszczały go zupełnie, ustąpiły bez śladu.



Rys. 8.



Rys. 9.



Rys. 10.

Przyp. 4. K. N., l. 12. Obecna choroba datuje się od 6 miesięcy. Początek cierpienia chory wiąże z urazem odniesionym podczas gry w piłkę nożną. Po wypadku zjawiły się bóle, po tym wysoka gorączka. Chory leżał w łóżku około 2 miesięcy po czym wstał, lecz wystąpiło skrócenie i wadliwe ustawienie kończyny. Po kilku miesią-

cach bóle ustąpiły, lecz chód pozostał bardzo upośledzony z powodu wadliwego ustawienia kończyny.

Badanie stawu biodrowego wykazuje zatarcie szpary stawowej, skrócenie szyi k. udowej oraz znaczne zniekształcenie i ogniskowe rozrzedzenie główki i szyjki k. udowej. Ustawienie w stawie biodrowym szpotawe przy jednoczesnej znacznej rotacji zewnętrznej. U podstawy szyi k. udowej widać ognisko rozrzedzenia wielkości ziarna grochu otoczone sklerotyczną ścianą. Wewnątrz ogniska zaznacza się przebudowa beleczkowa. Rozpoznanie: stan po ostrym ropnym zapaleniu stawu biodrowego i przebytym zapaleniu górnej nasady kości udowej. Jamka u podstawy szyi k. udowej stanowi najprawdopodobniej pozostałość po ropniu Brodiego, który uległ przedziurawieniu do stawu (rys. 11, 12).



Rys. 11 Rys. 12.

Badanie kliniczne stawu biodrowego wykazuje skrócenie kończyny o 3 cm i utrwalenie stawu w silnym skręceniu w bok .

Operacja *(Dr Sokołowski):* W ułożeniu chorego na stole ortopedycznym wykonano osteotomię poprzeczną podkrętarzową derotacyjną (skręcając kończynę do środka o 90° po przecięciu kości). Kończynę i pas biodrowy ujęto w opatrunek gipsowy. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy. Kontrola rentgenowska po tygodniu wykazuje brak przemieszczenia odłamków ad axim i ad latus. Po 5 tygodniach pozwolono choremu chodzić w opatrunku gipsowym, po 6 tygodniach zdjęto gips. Chory chodzi odrazu bardzo dobrze i pewnie, bólów nie ma. W stawie biodrowym stwierdza się wyraźne ruchy, acz w nieznacznym zakresie. Zdjęcie kontrolne wykazuje prawidłową oś kości udowej w miejscu osteotomii. Wypisany do domu.

Przyp. 5. S. S., l. 48. Przyjęty z powodu podkłykciowego złamania lewej k. piszczelowej. W uśpieniu chlorkiem etylu nastawiono złamanie na stole opatrunkowo - wyciągowym i nałożono opatrunek gipsowy, ujmując w gips udo i podudzie.

Ponieważ w przypadku tym w dalszym przebiegu wystąpiło opóźnienie zrostu kostnego, a po wystąpieniu zrostu (po 3 miesiącach) walczono z uporczywą sztywnością stawu kolanowego i objawami bólowymi, jak w chorobie Leriche'a, zwrócono szczegółową uwagę na ogólny stan chorego i przebyte cierpienia. Dopiero wówczas stwierdzono u chorego nieco wbok od linii pachwinowej bliznę po zagojonej przetoce i dowiedziano się o przebytej chorobie stawu biodrowego, z której chory uważał się zresztą za zupełnie wyleczonego ,tak iż nie wspominał nawet o tym w poprzednich wywiadach.



Rys. 13.

Chory ten był leczony przed 14 laty przez D-rów Durantego i Latkowskiego na gruźlicze zapalenie stawu biodrowego. Choroba trwała 2 lata, leczenie polegało na unieruchomieniu i naświetlaniach. W 3-cim roku choroby wysłano chorego do kąpieli morskich do Rumunii i tam pod wpływem naświetlania słońcem i kąpieli błot-

nych utworzył się poniżej pachwiny zaczerwieniony chełbocący guz. Chory wrócił do swych lekarzy do Warszawy — powiedziano, że utworzył się ropień zimny i próbowano opróżnić go strzykawką, ale nie było ropy, tylko nieco mętnej krwawej treści. W następnym tygodniu ropień uległ zaczerwienieniu i nastąpiło samoistne jego przebicie się przez skórę. Po 6 tygodniach rana pod wpływem zwykłych opatrunków zagoiła się i chory w ciągu następnych kilku tygodni odzyskał zupełnie zdrowie, o chorobie stawu biodrowego zapomniał zupełnie. Używa od tego czasu wszelkich sportów, jedynie, jak mówi, trudno mu z tej nogi wsiadać na konia, ponieważ przeszkadza mu coś przy odwodzeniu kończyny.

Badanie stawu biodrowego zgodnie z tym stwierdza lekkie upośledzenie odwodzenia (wyrośl kostna opiera się o brzeg panewki), ruch zgięcia natomiast jest w pełnym zakresie. Bolesności opukowej ani uciskowej w obrębie stawu biodrowego nie ma. Rentgenogram stawu biodrowego (rys. 13) wykazuje spłaszczenie i lekkie zniekształcenie główki k. udowej. W obrębie szyjki na jej górnej powierzchni tuż u przejścia w główkę widać dobrze uwapnioną i przebudowaną wyrośl kostną w kształcie wzgórka. Rozpoznanie rentgenologiczne: Stan po przebytym zapaleniu stawu biodrowego. Obecność wyrośli kostnej nasuwa przypuszczenie, że tutaj w obrębie szyjki k. udowej było ognisko chorobowe, które wywołało zapalenie wskutek przebicia się do stawu. Ponieważ wyrośl jest cechą znamienną spraw proliferacyjnych, należy przypuścić, że nie chodziło o sprawę gruźliczą, która daje z reguły nie proliferację, a rozrzedzenie ogniskowe i odwapnienie w otoczeniu, lecz o przewlekłą ogniskową sprawę ropną — ropień Brodiego. W zgodzie z tym jest przebieg kliniczny — szybkie wyzdrowienie po samoistnym otwarciu ropnia. Ropień ten uległ początkowo przedziurawieniu do stawu, wywołując zapalenie ropne stawu o łagodnym przebiegu. Wyzdrowienie nastąpiło wkrótce po przedziurawieniu torebki stawowej i opróżnieniu się ropnia nazewnątrz.

Przyp. 6. D. W., l. 30. Wywiad rodzinny bez znaczenia. W dzieciństwie nie chorował. Przed 6 laty przebył różę twarzy, poza tym nie chorował. Obecna choroba datuje się od 2 tygodni po upadku ze schodów. Bezpośrednio po wypadku odczuwał przykre bóle w obrębie prawego stawu bio-



Rys. 14.



Rys. 15.

drowego, które uspokoiły się po kilkodniowym pobycie w Instytucie. Na operację wiercenia się nie zgodził i został wypisany. Bóle powróciły przy próbie obciążania kończyny i zaznaczyło się dość znaczne ograniczenie ruchomości stawu. W ostatnich dniach nasilenie bólów wzmogło się, przy czym miały one charakter bólów tętniących. W tym stanie chory zgłosił się ponownie do Instytutu.

Stan ogólny i miejscowy: Chory wzrostu średniego, budowy kośćca silnej, odżywienia miernego. Narządy kl. piersiowej i jamy brzusznej bez zmian. W okolicy krętarza większego kości udowej prawej stwierdza się obrzęk, zaczerwienienie i zwiększenie ciepłoty oraz głębokie chełbotanie. T. ciała w chwili przyjęcia 38°. Zdjęcie wykazało u podstawy szyi k. udowej prawej ostro odcinającą się od otoczenia silnie wysyconą plamę wielkości ziarna fasoli. Dokoła tego ogniska wąski pas rozrzedzenia. Szpara stawowa szeroka, zarysy główki i szyjki prawidłowe.

W znieczuleniu miejscowym nacięto ropień przystawowy z cięcia wzdłuż krętarza większego, do rany włożono sączek. Na drugi dzień po zabiegu spadek ciepłoty ciała do 36°, po 10 dniach wypisany ze szpitala z raną na wygojeniu.

Cz. II. — Epikryza.

Epikryza naszych przypadków nasuwa szereg spostrzeżeń i nowych wniosków. Uderza przede wszystkim, że o ropniach Brodiego szyjki k. udowej w piśmiennictwie głucho. Jedynie w pracy *Jonesa* i *Robertsa* dotyczącej ostrych ropnych zapaleń nasady górnej k. udowej u dzieci jest mowa o ogniskowych sprawach, lecz i tu raczej o ostrych sprawach rozlanych, tj. w okresie powikłań — przeważnie zapaleń stawu biodrowego. Potwierdza to nasze zdanie, że naogół ogniska zapalenia ropnego w nasadzie górnej k. udowej są rozpoznawane dopiero w późniejszym okresie. Nie można więc już a priori zgodzić się ze zdaniem *prof. Radlińskiego,* który na posiedzeniu Warsz. Tow. Chir. (Chir. Pol. XII/38) na marginesie przedstawionych wówczas operacyjnie leczonych przypadków wyraził pogląd, że w przypadkach tych szczęśliwym dla chorych faktem było, że ropnie zostały operowane dość późno — w przeciwnym bowiem razie operacja mogłaby spowodować rozszerzenie się sprawy ropnej na otaczającą tkankę kostną.

Trzeba operować te ogniska wcześnie, właśnie dlatego, żeby uniknąć szerzenia się sprawy na staw biodrowy, a wczesne otwarcie ogniska ropnego kości nie szkodzi jeżeli mamy do czynienia z przewlekłym stanem ropnym, zaszywamy nawet zwykle szczelnie w takich razach ranę.

Drugim ważnym szczegółem zasługującym na podkreślenie jest fakt, że w dwóch naszych przypadkach chirurdzy-ortopedzi rozpoznawali i leczyli w ciągu długiego czasu ogniskową sprawę ropną szyjki k. udowej, jako gruźlicę. W jednym z tych przypadków (przyp. 1) operacja i jej wynik wykazały niezbicie, że mieliśmy do czynienia z ropniem Brodiego, w drugim (przyp. 5) przebieg choroby i szybkie wyzdrowienie po samoistnym przebiciu się ropnia przystawowego wskazuje z dużym prawdopodobieństwem, że i tu mieliśmy do czynienia ze sprawą ropną.

W przypadku trzecim (przyp. 6), w którym znów na tym samym posiedzeniu dr *Levittoux* oświadczył w dyskusji, że rentgenogram jest charakterystyczny dla ogniska gruźliczego a nie ropnego, bo jest nasilenie cienia, a nie typowa jama otoczona sklerotyczną ścianą, życie pokazało, że mieliśmy rację: w tym przypadku doszło do przebicia się ropnia, na szczęście pozatorebkowo, utworzył się ropień przystawowy, który nacięliśmy i chory szybko wyzrowiał.

Nie ulega więc kwestii, że małe ogniska ropne w tej okolicy ulegają przeoczeniu przy odczytywaniu zdjęć, albo są leczone

latami bez właściwego rozpoznania, a często z rozpoznaniem gruźlicy.

W publikacjach dotyczących ropnia Brodiego wszyscy autorzy podkreślają zgodnie, że ropień taki nie ulega nigdy samoistnemu przebiciu. Przeciwko takiemu poglądowi należy wysunąć dwa zastrzeżenia: zapewne że do perforacji nie dochodzi w tych razach, gdzie powstaje dokoła silny odczyn w postaci sklerozy. Ale zapytać należy, ile takich spraw, szczególnie w obrębie przynasady górnej piszczela, które dają w pewnej chwili ropne zapalenie stawu wskutek perforacji, idzie pod firmą ostrego przerzutowego zapalenia przynasady, a nie ropnia Brodiego. Czy kto jest po tym w stanie stwierdzić, że to był ropień Brodiego, skoro sprawa zapalna uległa takiemu zaostrzeniu? Nawet jedyny ropień Brodiego jaki został opisany w naszej literaturze rozpoznano dlatego właśnie, że powstał już odczynowy wysięk surowiczy w stawie kolanowym — zrobiono wtedy zdjęcie i zoperowano zawczasu przyczynę — ropień przynasady piszczela.

Nasze spostrzeżenia uczą czego innego: ropnie Brodiego mogą się utrzymywać latami, ale w obrębie przynasad dojść może nieraz do perforacji. Zestawienie przypadków uwzględniające przebieg kliniczny i powikłania przedstawia dołączona tabela (str. 26).

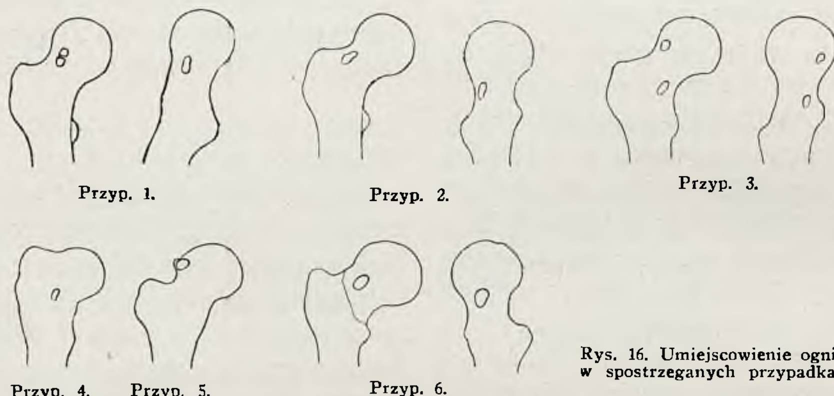
Powstaniu przerzutu do kości sprzyjają niewątpliwie urazy, stwarzając locus minoris resistentiae. Spostrzeżenia kliniczne znalazły tutaj już dawno potwierdzenie w eksperymencie *(Rosenbach, Lexer)*. Nasze spostrzeżenia co do działania urazu na istniejącą już sprawę ropną ogniskową szyjki kości udowej dowodzą, że uraz może w pewnych warunkach nietylko sprowokować powstanie sprawy ropnej, ale w tym samym sensie uczynnić utajoną przewlekłą sprawę ogniskową ropną kości i doprowadzić do zaostrzenia i perforacji. Mieliśmy dwa takie przypadki: w jednym po urazie nastąpiło tak silne zaostrzenie objawów, że lekarz domowy przysłał chorego z podejrzeniem złamania szyi k. udowej (przyp. 2); w drugim (przyp. 6) chory w kilka dni po urazie położył się do łóżka a w dwa tygodnie po tym doszło do utworzenia się ropnia przystawowego, który został nacięty. Nie może być w tych przypadkach mowy o świeżym ognisku po urazie, ponieważ w obu przypadkach objawy rentgenologiczne ropnia Brodiego stwierdziliśmy bezpośrednio po urazie.

A n a t o m i a p a t o l o g i c z n a: W dobie obecnej uważamy, że postać krwiopochodna zakaźnego zapalenia kości powstaje wskutek zatorów bakteryjnych. Najczęstszym sprawcą tych zapaleń jest gronkowiec złoty; już *Pasteur* uważał go za przyczynę „furunkułu" kości (1878). Anatomicznie spostrzegamy najpierw w obrębie ogniska zapalenia kości odczyn zapalny — nacieczenie i zmiany naczyniowe oraz zakrzepy, po tym martwicę. Sprawa ostra, wywołana przez złośliwe mikroby, szerzy się zazwyczaj szybko, wywołując martwicę tkanki kostnej na znacznej przestrzeni, atakując często sąsiednie stawy. W niektórych przypadkach zakażeń (gronkowiec o małej wirulencji, odporność chorego) sprawa przebiega bez burzliwych objawów, ulega ograniczeniu i otorbieniu. Gronkowce, które zaczopowują przestrzenie szpikowe szyjki ulegają w dodatku jeszcze większemu osłabieniu; jak twierdzi Wassermann szpik kostny posiada właściwości bakteriobójcze (cyt. wg. *Nowickiego)*. W ten sposób powstaje ropień Brodiego.

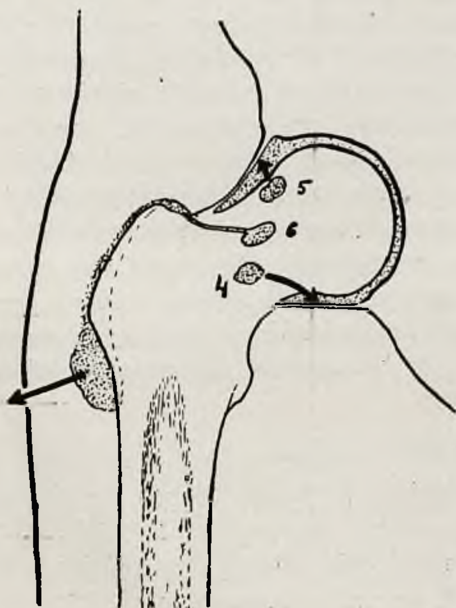
Źródło zakażenia jest częstokroć nieuchwytne, w innych razach stwierdzamy, że chorobę poprzedziło istnienie sprawy zakaźnej, jak sprawa ropna skóry lub powłok, sprawa zapalna płuc, choroby zakaź-

ne ogólne (szczególnie u dzieci), angina, zakażenia wychodzące z zębów i t. p.

Nasady kości długich są, jak wiadomo, szczególnie często siedzibą przerzutów i sprawy zapalnej, zarówno ostrej, jak przewlekłej, dlatego że zatorom bakteryjnym sprzyjają właściwości unaczynienia nasad. Szyjka kości udowej jest unaczyniona przez gałązki dwóch tętnic — a. circumflexa fem. externa et interna; silny prąd krwi ulega łatwo zahamowaniu w rozgałęzieniach tętniczek zaopatrujących szyjkę, szczególnie u przejścia ich w przestrzenie naczyniowe szpiku, wiadomo zaś, że zatorom bakteryjnym sprzyja zwolnienie prądu krwi. Dodać tu należy nawiasem, że zatorom sprzyjają również wszelkie czynniki, upośledzające krążenie, a więc i zmiany miejscowe, wywołane przez uraz. A zatem stosunki w obrębie naczyń tętniczych przenikających głęboko do części centralnych szyjki k. udowej są analogiczne jak w tętniczkach o typie t. zw. naczyń końcowych. Umiejscowienie ropni Brodiego w naszych przypadkach przedstawia schematycznie rys. 16. Schematyczne przedstawienie kierunku przebicia ropnia w przypadkach 4, 5 i 6. daje rys. 17.



Rys. 16. Umiejscowienie ognisk w spostrzeganych przypadkach



Rys. 17.

Mnogi ropień Brodiego w szyjce kości udowej (dwa ogniska) spotkaliśmy raz (przyp. 3). Również raz jeden spotkaliśmy się z przypadkiem (2), gdzie ropień szyjki k. udowej jest prawdopodobnie obustronny. Po jednej stronie otworzyliśmy ropień w sposób typowy; bóle po drugiej stronie kończyny wzbudziły nasze podejrzenia — wykonaliśmy zdjęcie, jednak nie operowaliśmy ze względu na zbyt nikły cień ogniska. Leczymy więc tego chorego szczepionką gronkowcową, obserwując go nadal. Gdyby ten przypadek został sprawdzony dowodowo, potwierdziłoby to istnie-

nie związku przyczynowego typowego występowania ropnia szyjki k. udowej z właściwościami jej unaczynienia[1]). Obustronne zmiany spotykamy często w chorobie Calvé-Legg-Perthesa i w zniekształcającym zapaleniu stawów biodrowych ,gdzie wczesne zmiany dotyczą przede wszystkim podchrząstkowej zony naczyniowej. Sprawy te *Axhausen* i *Nowicki* uważają za przewlekłe zapalenia na tle zakażenia mikrobami.

że w ropniu Brodiego sprawa ropna kości daje z reguły martwicę ogniskową, jest to kwestia niesporna. Wiadomo również, że w dalszym przebiegu dochodzi do rozpuszczenia obumarłej tkanki i utworzenia się jamy bez martwaków. Dłuższe utrzymywanie się nasilenia cienia w obrazie rentgenowskim świadczy o tym, że proces rozpuszczania tkanki kostnej jest długotrwały. Nasze spostrzeżenia dają nam na to tylko jeden dowód: mamy w naszym materiale przypadek dwóch ropni szyjki k. udowej (przyp. 3); jeden ropień wykazuje nasilenie cienia, drugi rozrzedzenie i otoczkę. Należy przypuścić, że w tym przypadku mamy na jednym rentgenogramie dwa stadia rozwoju ropnia — wcześniejsze i późniejsze. że tkanka martwicza może utrzymywać długo związek z otaczającą zdrową tkanką kostną udowodnił w doświadczeniach na zwierzętach *Nowicki.* (O patogenezie zakaźnego zapalenia kości, Chir. Klin. 1/1927), formułując w związku ze sprawą martwicy kości po usadowieniu się w niej drogą przerzutową gronkowca złotego następujący wniosek: „Kość obumarła niekiedy nawet przez kilka miesięcy pozostawała w związku z żywą kością i nie wywoływała prawie żadnych odczynów z jej strony”. Niewątpliwie zatem wczesnemu okresowi ogniska ropnego w wybitnie przewlekłej sprawie jak ropień Brodiego odpowiadać może przez czas długi na zdjęciach plama większego nasilenia cienia, podobnie zresztą, jak widzimy to w chorobie Köhlera.

R o z p o z n a n i e: Rozpoznanie opieramy na objawach klinicznych, omówionych już we wstępie. O rozpoznaniu decyduje jednak dopiero rentgenogram, którego cechy w zależności od okresu choroby zostały również omówione. Pozostaje więc jeszcze wspomnieć o rozpoznaniu różniczkowo - rentgenologicznym.

Typowe ognisko gruźlicze daje od początku prócz ogniskowego ubytku cienia także silne odwapnienie okolicznej tkanki kostnej i sadowi się najczęściej w główce kości udowej. Pewne podobieństwo do ropnia Brodiego mogą dawać ogniska wczesnej martwicy, jaką spotykamy w upośledzeniu waskularyzacji po złamaniach szyi k. udowej .Tej postaci towarzyszy jednak zazwyczaj nader silna bolesność stawu biodrowego, ogniska są zazwyczaj mnogie, a cień główki jest znacznie intensywniejszy wskutek upośledzenia krążenia, a w związku z tym nadmiernego uwapnienia. We wczesnych okresach martwicy podchrząstkowej, jaką spotykamy w chorobie Calvé-Legg-Perthesa i zniekształcającym zapaleniu stawów mamy, siedzibę schorzenia nie w szyjce a w główce, która przy tym ulega wcześnie spłaszczeniu i zniekształceniu. W osteochondritis dissecans (choroba Königa) ogniska są umiejscowione tak samo pod chrząstką, a w okresach dalszych dają już wyraźnie cień późniejszej myszki stawowej.

---

[1]) Przypadek ten zgłosił się ostatnio do kontroli, stwierdziliśmy obecnie niewątpliwie symetryczny ropień Brodiego szyjki k. udowej po drugiej stronie i chorego operowaliśmy.

ZESTAWIENIE
przypadków ropni Brodiego szyjki k. udowej leczonych w Instytucie Chirurgii Urazowej

L. p.	Inicjały lata	Uraz	Okres objawów	Przebyte choroby zakaźne	Poprzednie leczenie	Leczenie w Instytucie	Wynik
1	M. M. *) 36	Przed 2 laty upadek na nartach	2 lata	Angina	Leczony przez 2 lata na artretyzm i gruźlicę	Operacja typowa (1 ognisko)	Wyzdrowienie
2	W. W. *) 32	Upadek z tramwaju. Przysłany jako fr. colli fem.	Przed tym bezobjawowo obecnie 2 tygodnie	Przewlekły nieżyt oskrzeli, angina	Nie leczony	Operacja typowa (1 ognisko)	Wyzdrowienie (Podejrzenie ropnia po drugiej stronie)
3	J. G. 23	Nie podaje	3 miesiące	Tyfus plamisty	3 miesiące na rwę kulszową	Operacja typowa (2 ogniska)	Wyzdrowienie
4	K. N. *) 12	Upadek podczas gry w piłkę nożną	Wkrótce po urazie	Nie podaje	3 miesiące w szpitalu na zapalenie stawu biodrowego (Przebicie samoistne ropnia do stawu)	Osteotomia derotacyjna podkrętarzowa k. udowej	Dobry wynik czynnościowy
5	S. S. 48	Nie podaje	3 lata (choroby nabawił się w obozie jeńców)	Nie podaje	Leczony 3 lata na gruźlicę. (Samoistne przebicie ropnia do stawu, potym przetoka)	—	Wyzdrowienie z nieznacznym upośledzeniem ruchomości stawu (odwiedzenia)
6	W. D. *) 31	Upadek z rusztowania	Przed tym bezobjawowo obecnie 3 tygodnie	Róża twarzy	Nle leczony Utworzenie się ropnia przystawowego	Nacięcie ropnia przystawowego	Wyzdrowienie

*) Przypadki pızedstawione dnia 21.XI 38 na posiedzeniu Warsz. Tow. Chir.

Technika operacyjna: Sączkowanie ognisk ropnych górnej nasady kości udowej za pomocą wiercenia zostało podane w r. 1937 przez *Jonesa* i *Robertsa* dla przypadków ostrego ropnego zapalenia przynasady k. udowej u dzieci. (Acute Osteomyelitis of the upper End of the Femur, Surgery, Gynecology, Obstetrics, T. 65, Nr. 6).

Nasza technika otwierania ropni Brodiego szyjki k. udowej jest wzorowana na postępowaniu w złamaniach szyjki k. udowej. Zasady jej są następujące:

1. Zamiast gwoździa Steinmanna używamy jako instrumentu kierowniczego wąskiego świdra Wolszczana.

2. Orientację co do osi w rzucie A. P. dają, podobnie jak w operacji złamania szyjki, paski ołowiu (kontrola rtg.) i wykreślona później wzdłuż tych pasków ołówkiem anilinowym linia.

3. Kontrola rentgenowska (w obu rzutach) świdra wprowadzonego na głębokość 3 — 4 cm.,

4. Wprowadzenie wzdłuż kanału większego świdra na głębokość 5 — 6 cm. i ponowna kontrola rentgenowska. W razie dobrego położenia osi świdra wiercenie przez ropień szerszym świdrem Wolszczana .

Operację wykonywyamy na stole ortopedycznym (jak operację złamania szyjki). Cięcie długości około 3 cm. poniżej krętarza poprzez skórę, powięź i mięśnie aż do kości. Po wprowadzeniu palca wskazującego l. ręki do rany wymacujemy okolicę podkrętarzową kości, wprowadzamy ostrze świdra obok palca i wkręcamy go, orientując się wykreśloną na skórze linią. Następnie (po wykonaniu zdjęć kontrolnych) rozwiercamy kanał szerszym świdrem, starając się po wejściu na głębokość około 7 cm. rozwiercić ognisko ruchem lejkowatym (podstawa lejka — ognisko). Na tym operację kończymy i zaszywamy ranę skórną. Nie sączkujemy, jest to niepotrzebne. Nasze przypadki wykazują dobrą acz powolną, bo szereg miesięcy trwającą przebudowę kości.

Nie uważamy za wskazane oczyszczania jamy ropnia łyżeczką. Łyżeczkowanie tkanek w stanie zapalnym jest przeżytkiem dawnych czasów; ostry świder Wolszczana otwiera dostatecznie przestrzenie .Trafienie do ogniska uważamy w ropniu Brodiego za niezbędne, nie można bowiem, jak poucza doświadczenie, liczyć na zlikwidowanie ogniska jeżeli wywiercimy nawet duży otwór tuż obok ogniska, ale nie przez ognisko; przebudowie ulegnie wtedy otwór po wierceniu, ale ropień pozostanie.

Wnioski:

1. Ropień Brodiego szyjki kości udowej jest jednym z typowych umiejscowień tej sprawy. W piśmiennictwie dotychczasowym dotyczącym ropnia Brodiego nie spotkaliśmy wzmianek o tym umiejscowieniu. Jest to sprawa w dobie obecnej często nie rozpoznawana, albo rozpoznawana i leczona jako gruźlica,
2. Ropień Brodiego szyjki k. udowej daje powikłania w postaci przebicia do stawu biodrowego z następowym zapaleniem ropnym tego stawu, albo

wa w dobie obecnej często nie rozpo-

3. Właściwym leczeniem, dającym dobre wyniki, jest otwarcie ropnia za pomocą wiercenia szyjki k. udowej. Należy operować jaknajwcześniej z chwilą ustalenia rozpoznania, gdyż leczenie zachowawcze zawodzi, a dłuższe trwanie ropnia może doprowadzić do powikłań.

Der Brodie Abszess des Schenkelhalses.

ZUSAMMENFASSUNG.

Es werden ausführlich 6 im Institut für Traumatologie in Warschau behandelte Fälle dargestellt. Solche Lokalisation des chronischen Knochenabscesses (ostitis circumscripta staphylococcica colli femoris) haben wir in der Litteratur bisher nicht finden können. Dieser Krankheitsprozess wird gewöhnlich erst im Spätstadium, erkannt, und erst dann behandelt.

Verfasser hat drei Fälle im Frühstadium erkannt und operiert (Bohrung mittels eines Handbohrers unter genauer Röntgenkontrolle). In allen diesen Fällen zog sich der Krankheitsprozess sofort zurück und die Schmerzen haben gleich nachgelassen.

Bei der Frühdiagnose ist es wichtig zu berücksichtigen, dass man im Frühstadium auf der Röntgenaufnahme nicht mit einer Höhle mit kaldichtem Rand, sondern mit einem kalkdichten Fleck zu tun hat. Dies entspricht dem anatomischen Frühstadium, in welchem es zuerst zu einer umschriebenen Nekrose kommt. Die Höhle bildet sich erst später, nach einem längeren Krankheitsverlauf.

SCHLUSSFOLGERUNGEN.

1. Der Brodie Abszess des Schenkelhalses stellt eine typische Lokalisation dar. Der Krankheitsprozess wird gewöhnlich entweder nicht erkannt, oder als Tuberkulose behandelt,

3. Der Brodie Abszess des Schenkelhalses kann in das Gelenkinnere mit nachfolgender akuten Hüftgelenkentzündung perforieren. Mitunter kommt die Perforation extraartikulär mit Bildung eines extraartikulären Abszesses zustande,

3. Die eigentliche Behandlung beruht auf der Eröffnung des Abszesses mittels Bohrung des Schenkelhalses. Man soll im Frühstadium operieren, erstens, weil eine konservative Behandlung versagt, zweitens, weil das längere Bestehen des Abszesses zu den besprochenen Komplikationen führt.

KAZUISTYKA

Z Oddziału Urologicznego Państw. Szpitala Powszechnego we Lwowie.

KAMIEŃ PĘCHERZOWY JAKO PRZYCZYNA OBUSTRONNEJ I OGROMNEJ ROZSTRZENI MOCZOWODÓW

podał

Dr Tadeusz Lorenz.

Wodonercze powstaje wtedy, jeżeli zaistnieje jakaś przeszkoda utrudniająca odpływ moczu z odprowadzających dróg moczowych, z wtórnym rozszerzeniem miedniczki i kielichów nerkowych. Przeszkoda taka może powstać na przestrzeni pomiędzy kielichami nerkowymi a zewnętrznym ujściem cewki moczowej.

Przyczyny które wywołują tę przeszkodę w odpływie moczu mogą być wrodzone lub nabyte. Mogą one wychodzić 1) z samej nerki, 2) z moczowodu, 3) z pęcherza, wreszcie 4) z cewki moczowej.

Z przyczyn zależnych od samej nerki wymienimy: wady rozwojowe nerki, dodatkowe naczynia nerkowe, które zaliczamy do wrodzonych przyczyn wodonercza, dalej nowotwory, kamienie miedniczki nerkowej, przemieszczenia nerki spowodowane skoliozą kręgosłupa lędźwiowego lub opadnięciem nerki z zagięciem moczowodu (ren migrans), wreszcie zranienia nerki.

Przeszkody umiejscowione w moczowodzie są: nieprawidłowe odejście moczowodu z miedniczki nerkowej, zagięcia moczowodu wskutek zrostów z otoczeniem oraz zmian w położeniu macicy, wrodzone zwężenia, zwężenia po stanach zapalnych lub urazach, zwężenia wskutek ucisku torbieli lub nowotworów z otoczenia, kamienie uwięznięte w moczowodzie, brodawczaki i raki wychodzące ze ściany moczowodu, wreszcie torbielowate zwyrodnienie ujść moczowodowych.

Jeżeli chodzi o czynniki utrudniające odpływ moczu z pechęrza, są to zwykle: przerost gruczołu krokowego, nowotwory, kamienie, uchyłki, zaburzenia w unerwieniu pęcherza (tabes, sclerosis multiplex, myelitis).

Do ostatniej grupy przeszkód prowadzących do powstania wodonercza przez utrudnienie odpływu moczu w samej cewce należą: wszelkiego rodzaju zwężenia tak wrodzone jak i nabyte, zastawki, uchyłki, stulejka i hypospadiaza. Przeszkody te powodują najpierw zaleganie moczu w pęcherzu, następnie w moczowodach, wreszcie w miedniczce nerkowej i kielichach.

Przeszkody w odpływie istniejące w dolnych drogach moczowych wywołują obustronne wodonercze, podczas gdy utrudnienie odpływu w górnych drogach moczowych wywołuje przeważnie schorzenie tylko jednostronne. Ucisk moczu zalegającego w miedniczce i kielichach nerkowych prowadzi w miarę trwania do zaniku miąższu nerkowego.

Przyczyny zalegania moczu należy jednak szukać nie tylko w czynnikach mechanicznych, lecz także w dynamicznych, od których zależne jest wydalanie moczu, to znaczy w systemie nerwowo-mięśniowym podlegającym wpływom miejscowym i centralnym.

Rozszerzenie górnych dróg moczowych może zatem być wywołane zmianami organicznymi lub zaburzeniami w unerwieniu.

Z objawów występujących w wodonerczu na pierwszy plan wysuwają się bóle oraz powiększenie nerki. Bóle mają charakter kolki o rozmaitym stopniu nasilenia i powtarzają się okresowo. Bóle te wywołane są rozciągnięciem miedniczki przez zalegający mocz, wskutek nagłego zamknięcia jego odpływu. Do bólów dołączają się niekiedy wymioty, bębnica, zimny pot, co utrudnia nieraz rozpoznanie. Dość często występują krwawienia. Zalegający mocz nieraz ulega zakażeniu i wodonercze po jakimś czasie zamienia się w roponercze.

Rozpoznanie wodonercza jest łatwe. Najpewniejsze rozstrzygnięcie daje urografia dożylna, lub pyelografia wstępująca; dożylna urografia czasem zawodzi z tego względu, że nerka nie wydziela wstrzykniętego środka kontrastowego z powodu zaniku miąższu nerkowego.

Jeżeli chodzi o postępowanie lecznicze, to jest ono przeważnie operacyjne. O ile przeszkoda w odpływie moczu znajduje się w dolnych drogach moczowych, można — czy to przez usunięcie zwężenia cewki, czy przez ustalenie cewnika na stałe przy przeroście gruczołu krokowego — doprowadzić do cofnięcia się wodonercza. Gdy zaś przeszkoda w odpływie znajduje się w górnych drogach moczowych w rachubę wchodzi tylko zabieg operacyjny, chyba że przeszkodą tą będzie kamień moczowodowy, co do którego jest uzasadniona nadzieja, że sam odejdzie.

Z zabiegów operacyjnych stosowanych w leczeniu wodonercza wymienimy: wycięcie nerki *(nephrectomia)* przy daleko posuniętym zaniku miąższu nerkowego, umocowanie nerki *(nephropexia)* przy zmianach ruchomości, dalej nacięcie miedniczki *(pyelotomia)* przy kamieniach miedniczki.

Z operacyj plastycznych wchodzą w rachubę operacja Fengera *(ureteropyeloplastyka)*, operacja Trendelenburga *(Spornoperation)*, *uretropyeloneostomia*, *pyeloureteroanastomoza* oraz *pyeloplikacja*.

Wszystkie te operacje zostały jednak w ostatnich czasach prawie zupełnie zarzucone jako nie celowe i nie dające trwałych wyników. Pyelostomię i nefrostomię stosuje się jedynie jako zabieg przygotowawczy do wtórnego wycięcia nerki w przypadkach, gdzie stan chorego nie pozwala na przeprowadzenie ciężkiego zabiegu.

Poniżej opiszę spostrzegany na oddziale urologicznym Państw. Szpitala we Lwowie przypadek obustronnego wodonercza połączonego z olbrzymią rozstrzenią moczowodów dochodzących do grubości jelita cienkiego, wywołanego przez kamień pęcherzowy wielkości jaja kurzego.

Chory M. B., lat 42, podaje w wywiadach, że przed 7 laty wystąpiło parcie na mocz i pieczenie przy oddawaniu moczu. Pod wpływem leczenia stan chorego uległ poprawie, tak że przez 5 lat czuł się dobrze. Przed 2 laty parcie i pieczenie wystąpiło ponownie. Chory oddawał mocz co kilkanaście minut, tak w dzień jak w nocy.

Na cztery miesiące przed przybyciem do szpitala objawy powyższe zaostrzyły się znacznie oraz wystąpiło częściowe zatrzymanie moczu. Stan taki utrzymywał się aż do chwili zgłoszenia się do szpitala.

Stan obecny: wzrost i budowa prawidłowe, odżywienie mierne. Głowa i szyja bez zmian. Klatka piersiowa: płuca w granicach prawidłowych, wypukiem odgłos jawny, osłuchowo szmery pęcherzykowe. Serce: granice prawidłowe, tony czyste, akcja miarowa, nieco przyspieszona. Jama brzuszna: powłoki dobrze napięte, patologicznych oporów nie stwierdza się. Nerki wyraźnie macalne. Badaniem per rectum wyczuwa się gruczoł krokowy nie powiększony, gładki, nieco tkliwy przy badaniu. Mocz mętnawy, białko ++. W osadzie liczne ciałka ropne i krwinki.

Chromocystoskopii z powodu małej pojemności pęcherza nie można było wykonać. Po wstrzyknięciu dożylnym indygotropiny do 14 minut nie

stwierdza się barwnika w moczu. Wykonano urografię dożylną przy pomocy uroselectanu B. Na zdjęciu miedniczki i kielichy obustronnie o świetle znacznie szerszym, wypełnieniu nieregularnym. Moczowody obustronnie o świetle bardzo szerokim. W miejscu pęcherza widoczny gęsty cień, wielkości małego jaja kurzego, o budowie warstwowej i nierównym konturze, odpowiadający, kamieniowi (rys. 1).



Rys. 1.

Po urografii chory zagorączkował do 39,5°. Zastosowano codzienne iniekcje hemthysalu dożylnie. Po kilku dniach przystąpiono do zabiegu operacyjnego.

W znieczuleniu miejscowym cięciem nadłonowym otworzono pęcherz moczowy i usunięto zeń kamień szczawianowy wielkości jaja kurzego. Do pęcherza założono cewnik Pezzera, następnie zeszyto powłoki.

Na drugi dzień po operacji ponowny wyskok temperatury do 39,5°. Po 2 dniach ciepłota powraca do normy. Przebieg pooperacyjny dobry. W 7. dniu po operacji usunięto szwy i klamerki. Po dalszych pięciu dniach usunięto z pęcherza cewnik Pezzera i ustalono w cewce cewnik Tiemanna. Do 2 tygodni rana po przetoce pęcherzowej zagoiła się i chory opuścił szpital z poleceniem zgłoszenia się za dwa miesiące do kontrolnego badania.

W opisanym przypadku narastał u chorego przez 7 lat kamień w pęcherzu, wywołując w miarę swego powiększenia się ucisk na ujścia moczowodowe i utrudniając odpływ moczu z pęcherza. Zalegający w pęcherzu mocz stopniowo powodował zaleganie w górnych drogach moczowych, doprowadzając do stanu uwidocznionego na rentgenogramie.

Byłoby bardzo ciekawe stwierdzić, czy i w jakim czasie powyższe zmiany uległy cofnięciu się, niestety chory nie zgłosił się do badania kontrolnego. Należy jednak sądzić, że stan ten musiał ulec poprawie, gdyż tego rodzaju zmiany zwykle poprawiają się po usunięciu przeszkody w odpływie moczu.

PIŚMIENNICTWO:

Hortolomei, Streja, Burghele: Über Hämaturien bei Nierenbeckenentleerungsstörungen. Z. f. Urol. Chir., Bd. 41, 1936; *Hortolomei, Katz-Galatz:* Beitrag zum Studium der Ureterverengerungen. Z. f. Urol. Chir., Bd. 40, 1935; *Jaksy:* Über die auf hydronephrotischer Grundlage entstandene Atrophie der Niere. Z. f. Urol. Chir., Bd. 40, 1935; *Kimbrough:* Surgical treatment of hydronephrosis J. of. Urol. 33, 1935; *Laskownicki:* W sprawie leczenia operacyjnego wodonercza powstałego wskutek dodatkowej tętnicy nerkowej. P. Przegląd Chir., T. XV, 1936. *Lamm:* Ein einfaches Zeichen der einseitigen Wassersackniere. Z. f. Urol. Chir., Bd. 41, 1936; *Landfried:* Beitrag zur Rückstauungsniere durch akzessorische Nierengefässe. Z. f. Urol. Chir., Bd. 44, 1938; *Lichtenberg:* Handbuch der Urologie. Bd. IV, 1927; *Schaffhauser:* Organerhaltende plastische Operation bei vorgeschrittener infizierter Hydronephrose. Dtsch. Z. Chir. 234, 1935; *Wildbolz:* Lehrbuch der Urologie. 1934; *Wildbolz:* Erfolge konservativer Therapie bei Hydronephrose. Schweiz med. Wschr., 1931, II, 1193.

Z Zakładu Antropologii U. J. i z Oddziału Chirurgicznego Szpitala im. Prez. G. Narutowicza w Krakowie.
Dyrektor: *Prof. Dr K. Stołyhwo.*
Ordynator: *Dr Jerzy Jasieński.*

PRZYPADEK SZCZĄTKOWEGO OGONA WNĘTRZOKRĘGIEGO U CZŁOWIEKA

podał

Dr Paweł Hornicki.

Wzmianki o ludzkim ogonie (cauda humana, appendix caudalis hominis) spotykamy już u pisarzy starożytnych: *Herodota, Pliniusza, Ptolomeusza* i in. Odnośne piśmiennictwo, zebrane od najdawniejszych czasów do roku 1878, uwzględnione zostało w książce *Ottona Mohnikego* pt. „Ueber geschwänzte Menschen". W latach 1881 i 1885 poruszał to zagadnienie *Bartels* [1]), [2]), w roku zaś 1891 *Schaeffer* [3]). W późniejszym piśmiennictwie znajdujemy szereg doniesień kazuistycznych, luźnych uwag i wzmianek, pozostających w związku z tym tematem. Z pośród polskich autorów jedynie bodaj *J. Tur* [4]), [5]), zajmował się dotychczas tą sprawą.

Nazwa „o g o n" zapożyczona została z anatomii porównawczej. Anatomowie nazywają ogonem to wszystko, co stanowi niejako przedłużenie osi kręgosłupa i znajduje się poniżej pierścienia miednicy. Przy takim ujęciu sprawy według *Rodenackera* [6]) kręgom krzyżowym, leżącym poniżej stawów krzyżowo - biodrowych, wraz z kręgami ogonowymi ukrytymi pod powłokami, przysługuje nazwa „c a u d a   o c c u l t a", w odróżnieniu od ogona wolnego, sterczącego na zewnątrz — „c a u d a   a p e r t a". *Waldeyer* [7]) używa w tych samych przypadkach nazwy ogona „wewnętrznego" i „zewnętrznego".

Tylny koniec zarodka ludzkiego, stanowiący bezpośrednie przedłużenie kośćca osiowego, podobnie jak i innych ssaków, w okresie między 1. a 3-cim miesiącem życia płodowego posiada zakończenie okolicy ogonowej wykazujące pewne podobieństwo do ogona zwierzęcego. W okolicy tej znajdujemy zawiązki 7 — 8 odcinków kręgowych. Mieszczą się w niej: przedłużenie rurki nerwowej, struny grzbietowej oraz nawet część jelita zwana jelitem ogonowym. W późniejszych okresach rozwoju płodu stapiają się ze sobą poszczególne odcinki zawiązków kręgów ogonowych i ilość ich zmniejsza się. Ten zewnętrzny ogon płodu ludzkiego obejmują następnie równomiernie mięśnie znajdujące się w tej okolicy i wciągają go w głąb, tak iż ostatecznie znika on z powierzchni ciała. Przez pewien czas wprawdzie jeszcze wystercza w tym miejscu tzw. wzgórek ogonowy („Steisshöcker" autorów niemieckich), wkrótce jednak i on znika wskutek postępującego wyginania się kości ogonowej ku przodowi i rozwoju mięśni pośladkowych; w miejscu zaś tym niejednokrotnie pozostaje tylko na stałe płytkie zagłębienie w skórze nazwa-

1) Bartels M., 1881. Ueber Menschenschwänze. Arch. f. Anthropologie, Bd. 13.

2) Bartels M., 1885. Die geschwänzte Menschen. Arch. f. Anthropologie, Bd. 15.

3) Schaeffer O., 1891. Beitrag zur Aetiologie der Schwanzbildungen beim Menschen. Arch. f. Anthropologie, Bd. 20.

4) Tur. J., 1916. Przyczynek do historii rozwoju okolicy ogonowej zarodków ludzkich.

5) Tur J., 1927. Potwory i ich rozwój.

6) Wiedersheim R., 1908. Der Bau des Menschen.

7) Waldeyer W., 1899. Das Becken.

ne przez *Eckera* [8]) „foveola coccygea". W życiu pozapłodowym wreszcie zwiększa się wygięcie ku przodowi dolnej części kości krzyżowej wraz z kością ogonową. Takie koleje normalnie przechodzi zarodkowa okolica ogonowa. Zdarza się jednak, że wyrostek ogonowy przetrwa u zarodka poza okres w którym dawno już powinienby zniknąć, bądź jest on znacznie dłuższy, niż by to odpowiadało zwykłej jego długości w tym okresie zarodkowym, wreszcie zamiast zmniejszać się z czasem rozrasta się aż do końca życia płodowego.

Bartels zaproponował podział ogonów spotykanych u ludzi oparty na pewnych ich właściwościach. Uwzględniając przytwierdzenie ogona odróżnia on ogony wolne od przyrośniętych. Uwzględniając zaś sposób powstawania ogonów dzieli ogony spotykane u ludzi na 5 grup. Do pierwszej zalicza prawdziwe ogony, przypominające ogony zwierzęce, które zawdzięczają swe istnienie znacznej ilości kręgów ogonowych. Pomijając mocno wątpliwy przypadek *Thirka* [9]), w którym rzekomo miano stwierdzić obecność aż ośmiu kręgów ogonowych, nigdy dotychczas nie spotykano u ludzi tego rodzaju ogona. Do drugiej grupy zalicza wolne, krótkie, stożkowate ogony bezkręgowe. Powstają one w tym okresie życia płodowego, w którym zarodek jeszcze posiadał ogon, t. j. między 3-cim tygodniem a początkiem 4. miesiąca życia płodowego. Ogony zaliczane do trzeciej grupy również powstają wskutek zahamowania rozwoju okolicy ogonowej, zahamowanie to następuje jednak dopiero w okresie znacznie późniejszym, bo już w czasie istnienia wzgórka ogonowego. Wzgórek ten nie znika z czasem, jak się to normalnie dzieje, lecz przekształca się w ogon przyrośnięty. Czwartą grupę stanowią cienkie, wydłużone ogonki bezkręgowe, przypominające swym kształtem ogonek świński, gdyż koniec ich przeważnie bywa zakręcony. Ogonki te zawdzięczają swe pochodzenie zaburzeniom rozwojowym, a mianowicie nadmiernemu rozrostowi nici ogonowej, powstałemu w pierwszych siedmiu tygodniach życia płodowego, t. j. w czasie, w którym jeszcze nie rozpoczął się w niej proces wsteczny. Do tej grupy należy większość opisanych dotychczas przypadków ogonów ludzkich. Wreszcie piąta grupa obejmuje krótkie, szczątkowe ogony t. zw. wnętrzokręgie, składające się z normalnej lub nawet mniejszej od normalnej ilości kręgów. Powstają one wprawdzie jeszcze podczas życia płodowego, gdyż dzieci przychodzą z nimi na świat [10]), jednak w okresie późniejszym, bo po zaniku zarówno nici ogonowej, jak i wzgórka ogonowego, a więc w chwili różnicowania się kości ogonowej. Zawdzięczają one swe powstanie nadmiernemu pobudzeniu do wzrostu kręgów ogonowych i tarcz międzykręgowych. Powiększają się one nadmiernie i wskutek tego wysterczają ponad normalny poziom, wypuklając ponad sobą skórę. Ogony te nigdy nie osiągają znaczniejszych rozmiarów.

Do szeregu znanych z piśmiennictwa przypadków zaliczanych do tej grupy dołączyć możemy przypadek własny, obserwowany na oddziale w ostatnich czasach.

Przed kilku tygodniami przyniosła matka do szpitala 2-letnią dziewczynkę, prosząc o usunięcie jej sterczącego w okolicy kości ogonowej guzka, który przeszkadza dziecku w siedzeniu i w leżeniu na plecach. Na guzek ten zwróciła już uwagę położna przy porodzie dziecka. W ostatnich czasach guzek widocznie nieco się powiększył, gdyż dziecko częściej niż dawniej doznaje urazów tej okolicy i często płacze z bólu. Dziecko młodych i zdrowych rodziców rozwijało się dotychczas zupełnie prawidłowo. Żadnych wad rozwojowych ani przewlekłych schorzeń w bliższej i dalszej rodzinie nie spostrzegano.

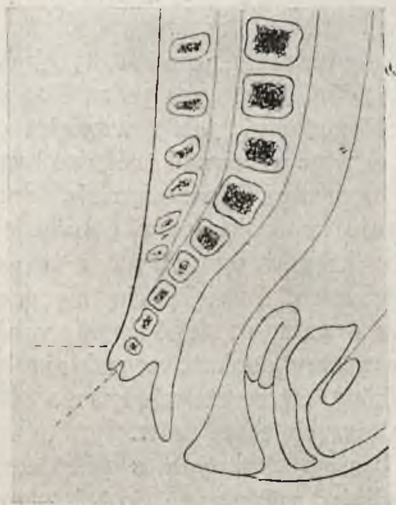
---

[8]) Cyt. Bartels, 1885.

[9]) Cyt. Förster, 1861. Die Missbildungen des Menschen.

[10]) Cyt. Bartels, 1885.

Przy badaniu stwierdzono, że wzrost dziecka odpowiada jego wiekowi; budowa prawidłowa, odżywienie mierne. Skóra całego ciała, a zwłaszcza okolicy krzyżowo - lędźwiowej, pleców i kończyn pokryta dość długim, gęstym meszkiem. Ruchy dziecka szybkie, zwinne. Mocz oddaje często bezwiednie. W okolicy ogonowej ściśle w linii środkowej ciała, w odległości około 4 cm od odbytu, znajdowała się wyniosłość przypominająca swym wyglądem ogon. Wysterczała ona o 2 cm ponad poziom otoczenia, szerokość jej wynosiła 2,5 cm, przy czym wolnym swym końcem była zwrócona ku dołowi i tyłowi. Wyrostek ten pokrywała zupełnie prawidłowa skóra, nie tworząca żadnych fałdów i równomiernie przechodząca w otoczenie u jego podstawy; tylko na samym szczycie ogona tworzyła ona zagłębienie lejkowate, głębokości około 1 cm (rys. 1). Jak



Rys. 1.

wykazało wykonane zdjęcie rentgenowskie (rys. 2), wypuklenie to tworzył szczyt kości ogonowej. Składała się ona z 3 kręgów, z których 2 pierwsze, bardziej niż zazwyczaj wydłużone, przypominały swym wyglądem paliczki, kierunek zaś ich przebiegu był wyraźnie odwrócony: miast ku przodowi, kość ogonowa zaginała się ku tyłowi. Budowa kości nie wykazywała żadnych odchyleń od normy. Ze względu na znaczną bolesność uciskową szczytu kości ogonowej przystąpiono do zabiegu operacyjnego. Wycięto zagłębienie skórne znajdujące się na szczycie ogona, po czym, po oddzieleniu części miękkich od kości, usunięto dwa ostatnie kręgi ogonowe.

W przypadku tym mieliśmy więc do czynienia ze szczątkowym ogonem wnętrzokręgim, z wadą rozwojową późnego okresu życia płodowego. Podobne przypadki ogłosili *Cellini* i *Antinori*, dalej *Braun*, *Lissner*, *Rauber*, *Ornstein*, *Kast*, *Schaeffer* i in. [11]). Nasz przypadek jest najbardziej zbliżony do przypadku *Ornsteina*, w którym kość ogonowa również składała się tylko z 3 kręgów. Podkreślałem już, że w szczątkowych ogonach wnętrzokręgich ilość kręgów ogonowych nigdy nie bywa większa, względnie, jak to miało miejsce w przypadku *Ornsteina* i naszym, może być nawet mniejsza niż nor-



Rys. 2.

malnie. Miast nadmiernej ilości kręgów spotykamy tu zazwyczaj nadmierną długość poszczególnych kręgów i szerokość tarcz międzykręgowych. Zasadniczym wszakże czynnikiem, warunkującym wytworzenie się ogona, jest w tych przypadkach nieprawidłowe wygięcie kości ogonowej ku tyłowi, względnie zupełnie proste jej ustawienie, tak iż tworzy ona dokładne przedłużenie osi kręgosłupa, ko-

---

[11]) Cyt. Bartels i Schaeffer.

niec jej zaś jest zwrócony wprost ku dołowi. Gdyby bowiem w tych przypadkach kość ogonowa była normalnie wygięta ku przodowi, nie mielibyśmy do czynienia z ogonem kostnym.

Skrzywienie kości ogonowej ku tyłowi zdarza się u człowieka bardzo rzadko. *Hyrtl* [12]) na 600 badanych kości ogonowych nie spostrzegał go ani razu. *Ecker* opisuje jeden tego rodzaju przypadek, *Siebold* [13]) natomiast miał wielokrotnie spotykać tego rodzaju objaw u Japończyków. *Kast* spotkał się ze skrzywieniem ku tyłowi dwu ostatnich kręgów ogonowych, przy czym krąg ostatni był przyrośnięty do dna „foveoli" ogonowej, głębokości 0,8 cm, znajdującej się w odległości 5 cm od odbytu u 30-letniej kobiety. W przypadku *Freunda* [14]) 5 kręgów ogonowych noworodka było wygiętych ku tyłowi. *Schaeffer* opisał u płodu wygięcie ku tyłowi dwu kręgów ogonowych. W przypadku *Lissnera* wnętrzokręgi ogon noworodka stanowił proste przedłużenie osi kręgosłupa. W przypadku *Brauna* kość ogonowa była wygięta ku tyłowi. *Bartels* spostrzegał podobne ustawienie kości ogonowej u 4½-rocznego chłopca. Podobne spostrzeżenia uczynili *Cellini* i *Antinori.*

Wspomnieć należy, że ilość kręgów ogonowych u ssaków wynosi od 3 do 50; u człowieka nie bywa ona stała; u mężczyzn spotykamy przeciętnie 5 kręgów, u kobiet zaś 4. Trzy jednak do sześciu kręgów u obydwu płci stanowią granice wahań indywidualnych. Z chwilą przyjścia na świat dziecka rozwój jego kręgów ogonowych nie jest jeszcze ukończony. Proces kostnienia bowiem nie rozpoczyna się jeszcze w tym czasie, co najwyżej zaznaczają się dopiero poszczególne jądra kostne. W pierwszych też latach życia dziecka poszczególne kręgi stapiać się jeszcze mogą ze sobą, a oś kości ogonowej odchylać się może od normalnego swego przebiegu. Zanik ogona, podobnie jak i inne właściwości kręgosłupa, ściśle mają być związane z prostym trzymaniem się człowieka. Ogon, który jednym zwierzętom potrzebny jest do opierania się, dla innych stanowi narząd równowagi, względnie jest przeznaczony do chwytania, zatracił zupełnie swe znaczenie u małp wyższych i człowieka, to też zanika on, względnie skrywa się pod skórą.

Opisy ludzkich plemion ogoniastych należą do legend nieuzasadnionych. Stoimy dziś na stanowisku, że w spotykanych sporadycznie przypadkach, w których stwierdzamy obecność ogona, mamy do czynienia z wadą rozwojową. Podobnie jak i inne potworności może ona występować częściej w pewnych rodzinach (np. książęta z Trapezuntu [15]), a nawet u pewnych ludów, nie ma jednak ten objaw nic wspólnego z atawizmem w rozumieniu teorii descendencji *(Rabaud)* [16]). Już *Meckel* [17]) uważał występowanie zewnętrznego ogona u człowieka za zaburzenie rozwojowe. *Virchow* [18]) tłumaczył to powstawaniem w życiu płodowym zrostów między owodnią a ogonowym odcinkiem płodu. Zdaniem *Schaeffera* połączenie okolicy ogonowej płodu z owodnią utrzymuje się niekiedy przez czas dłuższy przy aplazji owodni. Pociągać to może za sobą występowanie różnorodnych wad rozwojowych, między innymi rozszczepienia dolnej części kręgosłupa krzyżowego i wygięcia ku tyłowi kości ogonowej wraz z powiększeniem się rozmiarów, względnie i ilości kręgów ogonowych. Również zdaniem *Martina* [19]) zrosty owodni mogą być przyczyną wy-

---

[12]), [13]), [14]) Cyt. Schaeffer.

[15]) Cyt. Schaeffer.

[16]) Cyt. Tur.

[17]) Cyt. Virchow R., 1880. Ueber Schwanzbildung beim Menschen. Virch. Arch., T. 79.

[18]) Cyt. Virchow R.

[19]) Cyt. Martin R., 1928. Lehrbuch der Anthropologie.

tworzenia się ogona u płodu. Z ogonem spotykamy się niemal wyłącznie w rodzinach, względnie u ludzi dotkniętych innymi wadami rozwojowymi, zwłaszcza dolnej połowy ciała: brakiem odbytu, wadami rozwojowymi pęcherza, narządów płciowych itd.

Nigdy nie spostrzegano u człowieka dowolnego poruszania wolnym ogonem. W poszczególnych tylko przypadkach obserwowano pewne odruchowe ruchy ogona: w jednych poruszał się on przy lekkim mechanicznym drażnieniu, w innych ogon, zwykle wiotki i obwisły, w czasie gniewu stawał się nagle twardy i sztywny.

Z pośród znanych z piśmiennictwa spostrzeżeń stosunkowo w niewielu tylko przypadkach ogon posiadał szkielet. Przeważnie chodziło o ogony miękkie, zawierające wyłącznie tkankę tłuszczową, tkankę łączną, naczynia i nerwy, a niekiedy również włókna mięsne.

Chirurgia ogona ludzkiego datuje się od roku 1848, kiedy to *Averdam* [20]) pierwszy w Europie wykonał amputację „caudae humanae" w przypadku *Greve-Virchowa.* Chodziło o owłosiony, wolny ogon miękki, długości 7,5 cm, posiadający u podstawy grubość ołówka. Wskazania do zabiegu operacyjnego bywają różnorodne, najczęściej bodaj chodzi o względy kosmetyczne. Nie zawsze jednak ogon bywa dla człowieka narządem obojętnym. W niektórych przypadkach, np. u chorego *Bartelsa,* stanowił on przeszkodę dla defekacji. W naszym przypadku ogon wnętrzokręgi sprawiał dziecku dolegliwości przy siadaniu i leżeniu na plecach, był bowiem bolesny przy ugniataniu.

---

[20]) Cyt. Bartels.

TECHNIKA OPERACYJNA

TECHNIKA ZABIEGÓW OPERACYJNYCH NA STAWIE BIODROWYM.

(Z wyłączeniem gruźlicy stawu).

podał

Płk. Dr Tadeusz Sokołowski.

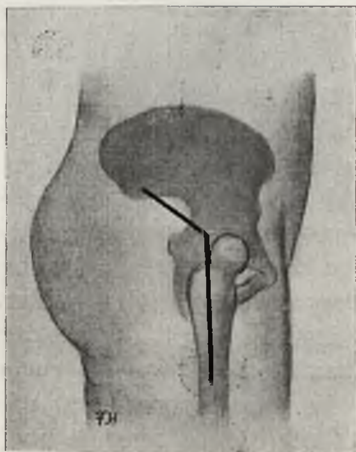
I. Otwarcie stawu biodrowego.

Otwarcie stawu biodrowego jest zabiegiem wstępnym wszelkich operacyj na stawie biodrowym, jak wycięcie stawu, osteotomia śródstawowa szyi k. udowej, plastyka stawu, nastawienie krwawe w zwichnięciach pourazowych i wrodzonych itd. W tych razach otwarcie stawu poprzedza jedynie właściwy akt operacyjny.

Otwarcie stawu w postaci samodzielnego zabiegu wchodzi w grę wyłącznie w ostrych sprawach zapalnych, jak nacięcie stawu, gdzie operujący otwiera staw wyłącznie w celu sączkowania. Należy jednak i tu zrobić zastrzeżenie, że nacięcie stawu rzadko bywa stosowane w ostrych sprawach zapalnych, mamy bowiem wtedy inne drogi do wyboru: albo leczenie unieruchomieniem i odciążeniem (opatrunek gipsowy, wyciąg) w połączeniu z leczeniem bodźcowym i stosowaniem szczepionek oraz otwieraniem ropni przystawowych, albo raczej wczesne wycięcie stawu, niż artroto-

mia. Jeżeli już decydujemy się na samo otwarcie stawu w celu sączkowania (najczęściej u dzieci), zabieg należy wykonać z cięcia tylnego, które zapewnia dobry odpływ wydzieliny zapalnej.

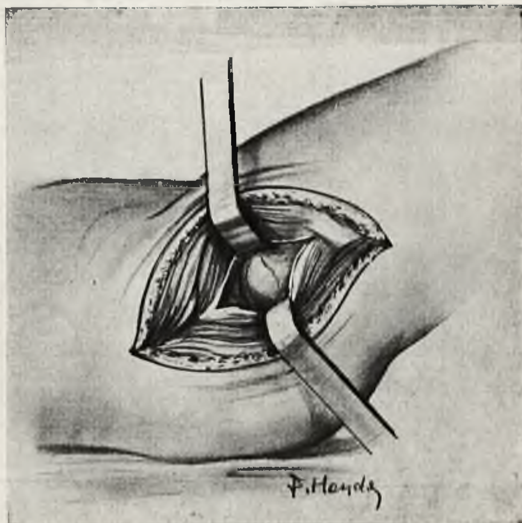
C i ę c i e t y l n e zostało podane przez *Langenbecka*, a po tym zmodyfikowane przez *Kochera* (rys. 1), który podał inną linię — rozpoczynającą się w dole poniżej krętarza, i przebiegającą dalej powyżej krętarza pod kątem do tyłu i do góry. Nawiasem mówiąc, należałoby zerwać ze scholastyką w określaniu cięć według nazwisk autorów, tym bardziej, że niejednokrotnie operacja w głębszych tkankach



Rys. 1.

nie różni się po tym niczym przy jednym czy drugim cięciu. Po drugie, jedno i to samo cięcie nosi często nazwisko innego chirurga w Anglii, Niemczech czy Francji.

Nacięcie stawu biodrowego (arthrotomia coxae) z cięcia tylnego: W ułożeniu chorego na boku zdrowym zginamy chorą kończynę pod kątem 45° w stawie biodrowym i kolanowym. Cięcie tylne przebiega w takim ułożeniu chorego linijnie w kierunku od górnego tylnego kolca kości biodrowej do szczytu krętarza większego i schodzi po tym niżej w dół. Po przecięciu skóry i tkanki podskórnej rozszczepiamy w dolnej części rany powięź szeroką uda, a w górnej powięź mięśni pośladkowych, po czym rozwarstwiamy nożem mięśnie pośladkowe aż do kości, dochodząc do brzegu panewki. Po podwiązaniu krwawiących gałązek mięśniowych rozwieramy hakami mięśnie i nacinamy torebkę stawową od panewki do podstawy krętarza (rys. 2). Po wprowadzeniu grubego sączka gumowego do okolicy stawu zwężamy ranę w górnym i dolnym kącie kilkoma szwami silkowymi.

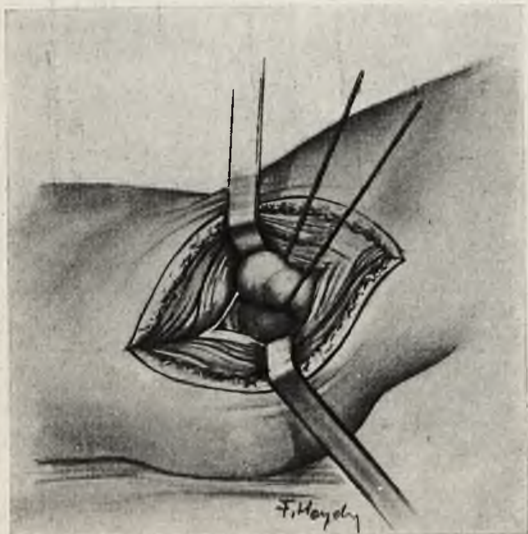


Rys. 2.

Wycięcie stawu biodrowego (resectio coxae) z c i ę c i a t y l n e g o (stosowane w stanach ropnych). Do wycięcia stawu biodrowego musimy dokonać zwichnięcia k. udowej, tj. wyważyć główkę z panewki. Postępujemy początkowo, jak przy nacięciu stawu, ale przed otwarciem torebki stawowej musimy wpierw oddzielić nożem przyczepy mięśni do krętarza większego. Teraz, po odsłonięciu torebki, nacinamy ją okrężnie dokoła podstawy szyjki k. udowej, obracając przy tym udo do środka i w bok w celu napięcia torebki i ułatwienia dostępu. Teraz asystujący wyważa główkę ruchem obrotowym, skręcając silnie do środka kończynę zgiętą w stawie kolanowym. Jeżeli więzadło obłe nie ulega, jak

zwykle, przy tym ruchu rozdarciu, przecinamy go zakrzywionym nożem, wprowadzonym do szpary stawowej na szczycie rotacji. Wyłonioną główkę k. udowej odcinamy piłką ręczną lub piłką Gigli (rys. 3) i odprowadzamy kikut szyjki, a po włożeniu do rany grubego sączka gumowego, zwężamy ją kilkoma szwami.

Na okres pooperacyjny nakładamy duży opatrunek gipsowy, ujmujący całą kończynę wraz ze stopą i sięgający poza talerz



Rys. 3.

biodrowy. Opatrunek ten nakładamy w lekkim wyciągu w ustawieniu stawu biodrowego w nieznacznym odwiedzeniu i zgięciu oraz w lekkim zgięciu stawu kolanowego. Zazwyczaj po upływie 2 — 3 tygodni, gdy objawy złagodnieją, usuwamy górną część gipsu, lub zdejmujemy całkowicie gips i zakładamy bezpośredni drutowy wyciąg za kłykcie udowe. Naszą troską w tym okresie jest niedopuścić do przykurczenia mięśni i przesunięcia kikuta szyjki k. udowej w górę poza panewkę stawu.

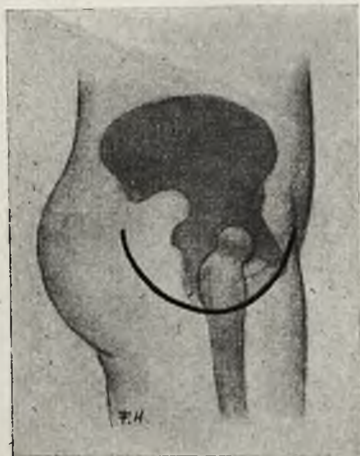
Dalszym etapem leczenia w fazie likwidacji sprawy zapalnej stawu jest wprowadzenie kikuta szyjki do panewki i utrwalenie takiego stanu w dobrym ustawieniu stawów biodrowego i kolanowego za pomocą dużego opatrunku gipsowego.

Otwarcie stawu biodrowego z cięcia bocznego *(Olliera)* jest stosowane w większości zabiegów aseptycznych na stawie biodrowym, wymagających szerokiego dostępu, jak plastyka stawu, wycięcie stawu, odprowadzenie krwawe zwichnięć pourazowych i wrodzonych, plastyka dachu panewki, obniżenie krętarza większego itd.

W ułożeniu chorego na boku zdrowym zginamy kończynę po stronie chorej ciała pod kątem 45° w stawach biodrowym i kolanowym. Cała kończyna, tj. noga, podudzie i udo powinna być osłonięta wyjałowionymi serwetami — trzyma ją specjalnie do tej czynności przeznaczony asystent. Zadaniem jego jest wykonywanie (w zgięciu stawu kolanowego) ruchów obrotowych względnie wyważania lub — odwrotnie — wprowadzania główki do panewki stawu za pomocą skombinowanych ruchów zgięcia, odwiedzenia, przywiedzenia i rotacji. Większość chirurgów operuje na zwykłym stole operacyjnym w opisanym ułożeniu. Najlepiej jednak operować na stole ortopedycznym z tym, że używamy tego stołu w początkowych fazach operacji, jak zwykłego stołu operacyjnego, i dopiero w końcowym akcie zabiegu, a szczególnie do nakładania opatrunku gipsowego stosujemy podpórkę pod krzyż i uchwyty nóg oraz obniżamy blat stołu. Dzieci operujemy na zwykłym stole operacyjnym, przenosząc je na ortopedyczny dopiero do nałożenia opatrunku gipsowego. Operowanie na stole ortopedycznym od początku wchodzi w grę albo w tych razach, gdzie operacja nie wymaga wyważenia główki z panewki (usztywnienie stawu, niektóre osteotomie), albo tam, gdzie do operacji niezbędne jest zastosowanie stałego wyciągu,

względnie ustalenia stawu aż do zagipsowania w określonym ustawieniu.

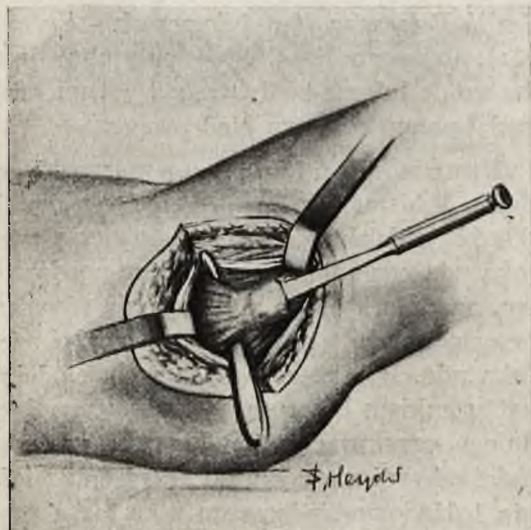
Cięcie skórne półkoliste okala krętarz większy (rys. 4). Po przecięciu skóry,



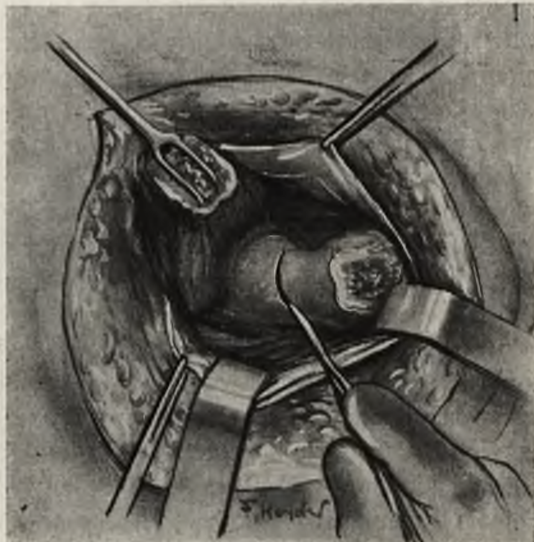
Rys. 4.

tkanki podskórnej i powięzi odchylamy do góry płat skórno - powięziowy, po czym wprowadzamy pomiędzy mięśnie, a szczyt krętarza zakrzywione kleszcze, odsuwając przyczepy mięśniowe mięśni pośladkowych do krętarza tak, by można obejść krętarz palcem i zorientować się co do kierunku płaszczyzny, w jakiej go należy przeciąć. Następnie nacinamy poprzecznie nożem kostnym krętarz u podstawy, tj. w miejscu zamierzonego przecięcia i płaskim osteotomem przecinamy go skośnie pod kątem około 45°, odcinając go tuż u podstawy szyi kości udowej (rys. 5). Płat mięśniowy wraz z krętarzem oddzielamy łatwo od podłoża i odchylamy do góry, po czym mamy szeroki dostęp do torebki stawu. Staw otwieramy nacinając torebkę z cięcia podłużnego lub płatowego, zależnie od potrzeby (rys. 6).

Otwarcie stawu z tego cięcia jest zabiegiem prawie bezkrwawym, jeżeli pominąć krwawienie rany skórnej, kilku drobnych gałązek naczyniowych torebki stawowej oraz krwawienie z przeciętej powierzchni podstawy krętarza.

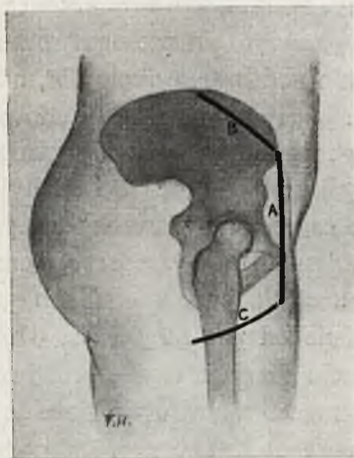


Rys. 5.



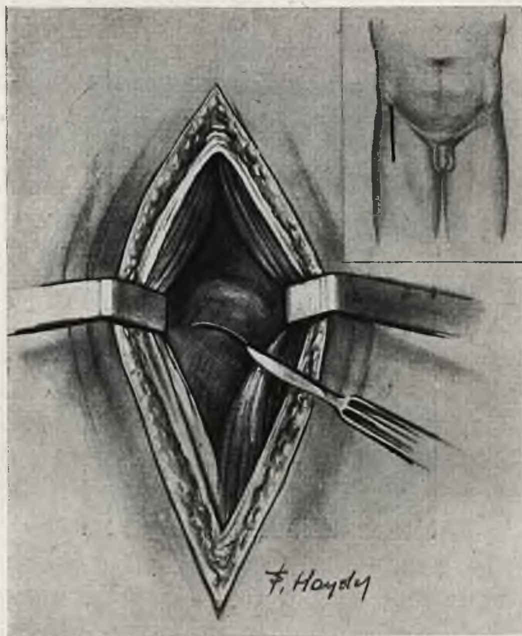
Rys. 6.

Otwarcie stawu biodrowego z linijnego cięcia przedniego, które daje dostęp do główki i szyi kości udowej od przodu wykonywamy z cięcia podłużnego, które zaczyna się tuż poniżej przedniego górnego kolca kości biodrowej i biegnie wdół na przedniej pow. uda, jak na rys. 7 A. Po przecięciu



Rys. 7.

skóry, tkanki podskórnej i wiotkiej w tym miejscu powięzi, oraz podwiązaniu gałązki a. circumflexa ilei wchodzimy w przestrzeń pom. m. krawiecki a napinający powięź szeroką uda. Po rozsunięciu mięśni palec wprowadzony wgłąb wyczuwa poprzez torebkę stawową szyjkę i główkę k. udowej. Staw otwieramy z cięcia poprzecznego lub podłużnego (rys. 8). Cięcie to stosowano przed tym szerzej w leczeniu złamań szyi k. udowej (nastawianie w otwartej ranie do zespolenia gwoździem). Obecnie, gdy operację tę robimy pozastawowo, cięcia tego używamy do osteotomii szyi k. udowej. Do uzyskania szerszego dostępu do stawu biodrowego od przodu dodajemy do cięcia linijnego drugie ramię albo w dolnym końcu w kierunku poprzecznym do uda (rys. 6 — AC), jeżeli jest potrzebny dostęp do krętarza mniejszego i większego (cięcie *Whitmana),* albo prowadzimy dodatkowo od górnego końca cięcia linijnego

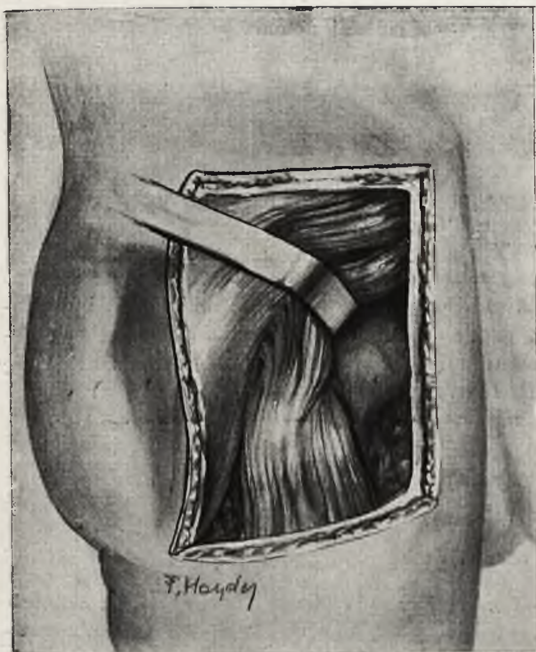


Rys. 8.

dodatkowe ramię wzdłuż grzebienia k. biodrowej (rys. 7 AB). Jest to cięcie *Smith-Petersena* (w Niemczech - *Sprengla),* stosowane tam, gdzie potrzebny jest dostęp do talerza biodrowego i górnej krawędzi panewki stawu biodrowego.

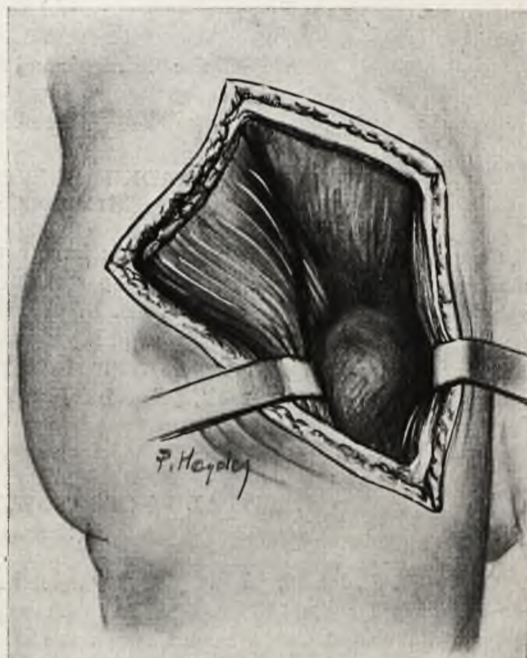
Otwarcie stawu biodrowego z przedniego cięcia Whitmana: Po przecięciu skóry i tkanki podskórnej wraz z powięzią szeroką uda odchylamy płat skórno-powięziowy, na dnie którego znajduje się również brzusiec mięśnia napinającego powięź szeroką uda. Po skręceniu uda w bok odciągamy hakiem brzeg m. pośladkowego średniego, uzyskując dostęp do szyjki i główki kości udowej z przodu, do przyczepu mięśnia lędźwiowo-biodrowego i krętarza małego, a z boku do krętarza większego, który możemy w razie potrzeby oddłutować i uzyskać szeroki dostęp do stawu także z

boku (rys. 9). Cięcie to stosuję w operacji coxa vara, o czym będzie mowa w dalszej części pracy.



Rys. 9.

Otwarcie stawu biodrowego z przedniego cięcia Smith-Petersena: Cięcie to (p. rys. 10) daje dobry dostęp do stawu od przodu i od góry, odsłaniając jednocześnie talerz biodrowy. Odchylamy tutaj płat skórno-mięśniowy po przecięciu m. pośladkowych tuż poniżej grzebienia k. biodrowej i oddzieleniu skrobaczką od kości (rys.

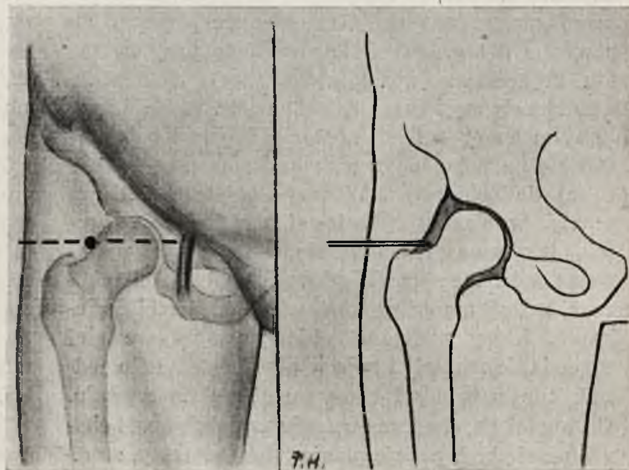


Rys. 10.

10). Cięcie to jest używane powszechnie do plastyki dachu panewki sposobem *Lance'a* (z odgiętej blaszki kości biodrowej).

Nakłucie stawu biodrowego wykonywamy zazwyczaj z przodu tuż poniżej więzadła pachwinowego wbok od tętnicy udowej, którą wymacujemy palcem wskazującym lewej ręki. Igła wbita prostopadle trafia na kość w okolicy przejścia szyjki k. udowej w główkę (rys. 11). Możemy również nakłuć staw biodrowy z boku (sposób rzadko używany) wkłuwając igłę powyżej krętarza większego i prowadząc ją w kierunku przejścia szyjki w główkę (rys. 12). Nakłucie stawu biodrowego stosujemy albo w celach badawczych, albo w celu znieczulenia miejscowego.

d. c. n.



Rys. 11. Rys. 12.

POSIEDZENIA

POSIEDZENIE KLINICZNE TOWARZYSTWA CHIRURGICZNEGO WARSZAWSKIEGO

w I Klinice Chirurgicznej U. J. P. dnia 16 stycznia 1939 r.

Prof. Z. Radliński:

EPIKRYZA W PRZYPADKU OSTREGO ZAPALENIA STAWU KOLANOWEGO.

(Streszczenie sekretarza T-wa).

Chora l. 25 przed rokiem z powodu banalnego skaleczenia na stopie przeszła ostre przerzutowe zapalenie ropne stawu kolanowego. W wyniku powstało zesztywnienie stawu w wadliwym ustawieniu, (genu valgum et flexum). Przed dwoma miesiącami dokonano operacji, polegającej na klinowym wycięciu kolana. Wynik otrzymano bardzo dobry. W ciągu roku chora będzie chodzić w opatrunkach usztywniających, ponieważ według referenta, należy obawiać się, że kończyna może się jeszcze wykrzywić.

Dr Jan Raczyński:

PRZYPADEK SPORTOWEGO ZŁAMANIA KRĘGOSŁUPA.

(Streszczenie własne).

Chory Cz. J., lat 36, po raz pierwszy zgłosił się do nas dnia 1 maja 1938 r. i po 8 dniach wypisał się dla uregulowania swoich spraw materialnych. Chory zgłosił się powtórnie 11.VII. 38 r. (po 2 miesiącach), podając, że 2 lata temu w czasię dłuższej wycieczki kajakiem (950 km), zauważył, że wykonywanie forsowniejszych ruchów, związanych z tym sportem, a mianowicie wiosłowanie połączone ze skrętem tułowia, mocniejsze opieranie się o deskę stanowiącą oparcie pleców, pochylanie się przy unoszeniu kajaka, itd. powoduje bóle w okolicy lędźwiowej kręgosłupa. Większego znaczenia tym bólom nie przypisywał. Po powrocie z wycieczki odczuwał bóle przy zginaniu kręgosłupa (w ciągu ½ roku). Bóle stale zmniejszały się i ustąpiły całkowicie. Przez dalsze ½ roku chory czuł się zupełnie dobrze i zdecydował się na ponowną wycieczkę kajakiem (w 1937 roku) do Zaleszczyk. W czasie tej wycieczki zauważył w okolicy lędźwiowej wygórowanie (guzek, jak podaje), które się powiększało, powodując bóle. Nawrót dolegliwości zaniepokoił chorego, zgłosił się on po powrocie z wycieczki do lekarza, który przypisał objawy chorobowe złej przemianie materii i zalecił piperazynę. Bóle jednak nie ustąpiły i chory udał się do szpitala. Czynności fizjologiczne ustroju prawidłowe. Z chorób przebytych podaje płonicę, dur brzuszny, zapalenie płuc, przed 7 laty katar kiszek.

Badanie przedmiotowe poza bolesnością uciskową w okolicy lędźwiowej i nieznacznym wygórowaniem tejże okolicy, jak również lekką bolesnością przy zginaniu, nic szczególnego nie wykazało. Rentgen okolicy lędźwiowej (4.V.38 r.) wykazał znaczne przesunięcie ku przodowi L_4, tak iż przednia górna krawędź trzonu L_5 opiera się o tylną dolną krawędź trzonu L_4. W tylnej dolnej części trzonu L_4 znajduje się duży ubytek, wskutek czego tylna część trzonu jest niższa niż przednia. Zarys tej okolicy jest nieregularny, w sąsiedztwie znajduje się kilka nieregularnych fragmentów kostnych. Łuk L_4 jest wydłużony, w środkowej części trzonu utkanie kostne jest rzadkie, jakby tu przebiegała szczelina złamania. Wyrostki boczne L_5 są bardzo szerokie i łączą się z masami bocznymi kości krzyżowej. Wynik badania: kręgozmyk L_4, sakralizacja L_5.

Wobec tego rozpoznano złamanie kręgu L_4, kręgozmyk, złamanie wyrostka bocznego łuku.

W leczeniu świeżych złamań kręgosłupa stosuje się, albo unieruchomienie na materacu (poduszce) podłożonym pod miejsce uszkodzone, jak to proponuje Magnus, albo zakładanie gorsetu gipsowego na 3 — 4 miesiące, z jednoczesnymi ćwiczeniami i obciążeniem (sposób zalecany przez Böhlera).

Nasz przypadek nie należał do złamań świeżych. Ponieważ sądziliśmy, że złamanie nie jest jeszcze dostatecznie zrośnięte, a rentgen na wyciągu wykazał, że kręgów uszkodzonych nie można

doraźnie rozsunąć, obraliśmy pierwszą metodę leczniczą.

Początkowo chorego ułożono na poduszce podłożonej pod okolicę lędźwiową, a potem założono wyciąg (plastrowy) na kończyny dolne, obciążając je 6 klg. ciężarami.

Kontrola rtg. kręgosłupa z dnia 15.VII. nie wykazuje żadnych zmian w porównaniu do poprzedniego zdjęcia z dn. 4.V.38 r.

6-go dnia po założeniu wyciągu, stwierdza się jakby mniejsze wygórowanie, chory czuje się dobrze. Po 44 dniach zdjęto wyciąg. Kontrolne zdjęcie w dniu 2.IX.38 r. większych zmian nie wykazuje. Jedynie szpara między L_4 i L_5 jest nieco szersza.

Chorego ułożono na brzuch. W tej pozycji chory czuje się gorzej. Rtg. wykonany 17.X. wykazał, że ustawienie trzonu L_4 nie uległo zmianie. Widoczne poprzednio wolne fragmenty uległy wessaniu, gdyż obecnie ich się nie stwierdza. Utkanie kostne łuku L_4 jest więcej uwapnione, zbite i jednolite, nie stwierdza się widocznego poprzednio wyjaśnienia. 26.X.38 r.wykonano jeszcze zdjęcie lędźwiowej okolicy kręgosłupa, podwieszając chorego na pętli Glissona. Zmian żadnych nie stwierdzono.

W dwa dni później zalecono wstawanie z łóżka. Chory wstaje i chodzi bez trudu, skarży się jednak na bóle w obrębie okolicy lędźwiowej i krzyża.

Niepoddawanie się kręgosłupa próbom wyprostowania nakazywało uważać te zmiany za trwałe. Bolesność, na którą skarżył się chory, można było przypisać, albo zmianom w kręgosłupie, albo też sakralizacji. Stosowaliśmy leczenie wyłącznie zachowawcze dlatego, że żadne zmiany w ułożeniu chorego, nie dawały zmian co do wzajemnego ustawienia kręgów.

Leczenia operacyjnego nie stosowaliśmy, bo nie sądzimy, aby operacja mogła dać lepsze wyniki, niż osiągnięte drogą zachowawczą. Zresztą powołać się możemy na spostrzeżenia Chavannar'a (Revue de chir. Nr. 7 1938), który w 13 obserwowanych przypadkach, gdzie objawy stopniowo nasiłały się i były właściwie rozpoznane dopiero po pewnym czasie od chwili urazu, postępował tak, jakby to było złamanie świeże. Autor ten sądzi, że przeoczone złamanie kręgów i późne leczenie (w naszym przypadku nie można było usunąć utrwalonych już zmian w kręgosłupie) często pozostawiają dolegliwości nieusuwalne.

Dyskusja:

Levittoux: Mogę podać dalsze losy chorego, gdyż zgłosił się on następnie do naszej Kliniki ze skargami na bóle lędźwiowej części kręgosłupa. Rozpoznaliśmy u niego spondylolisthesis i spondylolysis. Ułożenie i wyciąg poprawiły kręgozmyk w nieznacznym stopniu.

Bóle przy kręgozmyku są bólami statycznymi. Unieruchomienie (gorsety ortopedyczne, gipsy) znosi te bóle, które są analogiczne do bólów przy niewystarczalności V kręgu lędźwiowego, gdzie wytwarza się t. zw. osteochondropatia lumbosacralis. Licząc się z tym, że chory, będąc z zawodu wychowawcą młodzieży, musi mieć sprawność fizyczną w wysokim stopniu, zdecydowaliśmy się na usztywnienie operacyjne dolnego odcinka kręgosłupa. Wobec tego, że V krąg lędźwiowy oprócz kręgozmyku, jak to zwykle bywa, ma również oddzielenie łuku od trzonu, zespolenie łuku L_5 i S_1 naturalnie nie dałoby żadnych rezultatów. Dlatego też przeprowadzono zespolenie płytką kostną pobraną z piszczela na odcinku L IV — L V — S I - S II. Chory był operowany dwa tygodnie temu i obecnie przebywa w Klinice.

A. Janik: W przypadku tym rozpoznaję również kręgozmyk z odszczepieniem łuków. Dolegliwości spowodowane kręgozmykiem ujawniły się naskutek urazu (długotrwała jazda kajakiem). Postępowanie lecznicze, przeprowadzone w II Klinice Chirurgicznej U. J. P. uważam za zupełnie właściwe.

Prof. Z. Radliński i Dr Z. Dębicki.

PRZYPADEK PLASTYKI PRĄCIA I MOSZNY Z POWODU SŁONIOWATOŚCI.
(Streszczenie własne).

Pokaz dotyczy mężczyzny 21 -letniego, który zgłosił się do I kliniki U. J. P. z powodu znacznego powiększenia się rozmiarów moszny i prącia. Przed dwoma laty chory przebył zapalenie gruczołów chłonnych obu okolic pachwinowych i podszczękowych. W pół roku po wygojeniu się tej sprawy wystąpiły zmiany w mosznie i prąciu, doprowadzające do utrudnienia siadania, chodzenia, oddawania stolca i moczu. Ograniczamy się do podania zmian miejscowych.

Narządy rodne zmienione monstrualnie, moszna wielkości prawie dwóch głów ludzkich, oś długa wynosiła około 35 cm. Prącie zniekształcone, żołądź niewidoczna ukryta w fałdach zmienionego

napletka. Powłoki skórne opisanych okolic grube, przypominają skórkę pomarańczy, nie dają się ująć w fałdę. W obu okolicach pachwinowych blizny po przebytej sprawie ropnej (swoistej).

28.III.38 r. w uśpieniu ewipanem uzupełnionym eterem, z cięć skośnych w obu okolicach pachwinowych odszukano powrózki nasienne i posuwając się ku obwodowi, wydobyto jądra; następnie połączono cięcia u nasady moszny, pozostawiając od tyłu i dołu płat językowy wielkości dłoni. Z cięcia podłużnego od spojenia łonowego wydzielono prącie, okrawując brzeg listka wewnętrznego napletka.

Nad spojeniem łonowym poprowadzono dwa równoległe cięcia odległe od siebie o 12 cm. Powłoki skórne brzucha położone między wspomnianymi cięciami podminowano. Do tak wytworzonego tunelu wprowadzono prącie i zeszyto brzeg górnego otworu z napletkiem.

Jądra pokryte płatem skórnym pozostałym po odjęciu moszny. Sączki, cewnik na stałe.

(Waga usuniętej moszny 5 klg., badanie mikroskopowe wykazało obecność gruzełków).

W dniu 11.IV. rozpoczęto podcinanie skóry, pokrywającej prącie. W dniu 21.V zakończono ten akt operacyjny, jednak grzbiet prącia pozostał pozbawiony naskórka.

7.VI. chory opuścił klinikę z poleceniem zgłoszenia się do kontroli.

23.II.1938 roku chory przybył ponownie; stwierdzono wówczas zrost grzbietu prącia z powłokami brzusznymi.

Wtedy w uśpieniu ewipanem dwoma równoległymi cięciami odpreparowano prącie od powłok brzusznych. Brzegi skóry na prąciu zbliżono pojedyńczemi szwami silkowemi, ranę w powłokach zaszyto.

Przebieg pooperacyjny był powikłany wystąpieniem róży, która doprowadziła do powstania ropowicy w okolicy pachwinowej prawej, zlikwidowanej nacięciem.

Doc. J. Zaorski:

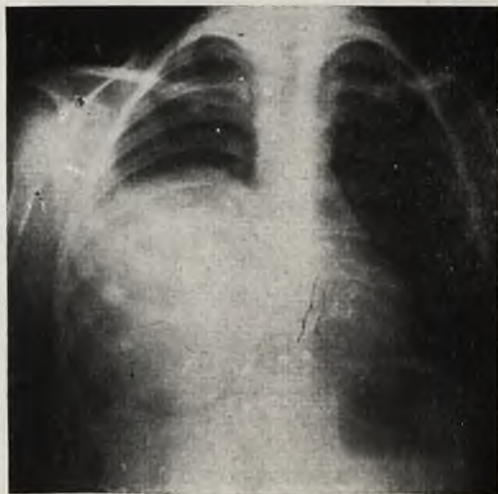
PRZYPADEK BĄBLOWCA PŁUC, LECZONY OPERACYJNIE.

(Streszczenie własne).

Przedstawiam chłopca L. M., lat 5, którego rodzice podają, że był zdrów do czasu szkarlatyny, którą przebył w listopadzie 1937 r. Od tego czasu nie wydobrzał i zauważono u niego stany podgorączkowe. Zaczął pokasływać, ostatnio coraz więcej. W tym też czasie zaczął się skarżyć na bóle w prawym płucu. Pozatem dziecko jest spokojne i wesołe. W domu stary pies. Jako syn wojskowego leczył się u swoich lekarzy, którzy wykonali zdjęcie rentgenologiczne płuc i stwierdzili obecność guza w prawym płucu, różniczkując między bąblowcem i nowotworem ze znakiem zapytania. Chorego badał następnie doc. Stankiewicz, który wykonał próbę Weinberga i badanie krwi. Wobec tego, że próba Weinberga dała 3 plusy, a krew wykazała 23% eozynofilów, przechylono się do rozpoznania bąblowca płuca. (Rtg. 1). Z tym rozpoznaniem przybył do oddziału chirurgicznego Warszawskiego Szpitala dla Dzieci.

Wobec takiego rozpoznania leczenie kształtowało się tylko na drodze krwawej. Plan operacyjny ustaliliśmy dwuczasowy. Pierwszy zabieg miał polegać na wycięciu żeber i obszyciu opłucnej. Drugi na dojściu i wydobyciu guza.

14 października 1938 r. w uśpieniu eterowym usunąłem choremu 6 odcinków żeber, zamykających dojście do guza. Opłucną ścienną i opłucną płucną zeszyto kilkoma szwami, opłucną pojodynowano i zostawiono sączek gazowy na opłucnej. Na ranę skórną klamerki. Natychmiast po operacji przetoczyliśmy choremu 200 cm^3 krwi od dawcy O.



Rtg. 1.

W następnych dniach wzmacnialiśmy siły chorego, wstrzykując podskórnie duże ilości rozczynu fizjologicznego soli. Początkowy, po zabiegu

ciężki stan szybko się poprawił, ciepłota z 39% spadła do 37,3°, chory zaczął oddychać swobodnie. Rany skórne poza częścią sączkowaną, zagojone. 21 października przystąpiliśmy do drugiego zabiegu. W znieczuleniu miejscowym cięciem z góry na dół ponad miejscem odpowiadającym guzowi w obrębie obszycia opłucnych doszliśmy do opłucnej. W tym momencie przygotowaliśmy sobie pompę ssącą, obłożyliśmy gazikami ranę i powoli zaczęliśmy naciskać opłucną ścienną. Po jej przecięciu wylało się trochę surowiczego płynu. Mieliśmy przed sobą opłucną płucną i cienką warstwę miąższu płucnego, poprzez który przeświecała torbiel bąblowca, Sprawdziwszy jeszcze raz ułożone dokoła sączki, nacięliśmy guz, z którego zaczęła się wydobywać szalenie cuchnąca wydzielina ropna. Wyssaliśmy całą zawartość (później zbadano — zawierała haczyki bąblowca) i przystąpiliśmy do wydobywania otoczki torbieli. Niestety nie udało się tego dokonać w jednym kawałku, gdyż młoda ściana torbieli rwała się przy pociąganiu. Na ostro zaś nie chcieliśmy wycinać, by nie uszkodzić zbytnio tkanki płucnej. Wobec tego otwór w opłucnej powiększyliśmy i po założeniu rozwierających haków rozpoczęliśmy wydobywać odcinki ścian, wysysając je za pomocą pompy ssącej. Udało się nam to znakomicie, całą ścianę torbieli wyssaliśmy. Po założeniu rurki gumowej i sączków gazowych do jamy płucnej zaszyliśmy ranę skórną.

Choremu przetoczyliśmy 150 cm³ krwi od dawcy grupy B, tej samej jaką miało chore dziecko.

Stan po operacji dobry, ciepłota 37,8 — 38,2, tętno przyśpieszone. Zastosowano wlewanie podskórne rozczynu fizjologicznego soli, koraminę, digalen, pernemon i kortinę na zmianę.



Rtg. 2.

Ponieważ badanie osłuchowe było utrudnione, a ciepłota zaczęła się podnosi do 39°, wykonaliśmy zdjęcie płuc. Okazało się, że jama po torbieli bąblowca jest mniejsza, natomiast ponad nią wytworzyło się zapalenie wysiękowe opłucnej otorbione w okolicy górnego płata płuca prawego. (Rtg. 2).



Rtg. 3.

Dokonaliśmy nakłucia tej części opłucnej wydobywając około 100 ropy, zawierającej dwoinki zapalenia płuc. Ciepłota opadła do 37,8°. Podczas dalszych opatrunków udało nam się przez pierwszą ranę skórną dojść do otorbionego ropniaka opłucnej i tędy wprowadziliśmy do niego rurkę gumową.Od tego czasu stan chorego wybitnie zaczął się poprawiać. Rentgen z tego okresu stwierdza na miejscu ropniaka jamę powietrzną z minimalną ilością płynu. Po ułożeniu chorego na boku potwierdza się, że tego płynu jest niedużo. Natomiast jama po bą-



Rys. 4.

blowcu wcale płynu nie zawiera. Wreszcie ostatnie zdjęcie wykazuje, że jama po bąblowcu w dalszym ciągu się zmniejsza, nie zawierając płynu. Komora powietrzna po ropniaku zmniejsza się i płuco w tym miejscu zaczyna się rozprostowywać. Ciepłota dziecka nie podnosi się ponad 37,3°, obraz krwi wykazuje: 4,120.000 cz. c., 10,400 b. c. 5% eozynofilów itd. Rany zagojone, dziecko opuszcza szpital wyleczone. (Rtg. 3 i rys. 4).

Dyskusja:

Wł. Ostrowski: Postępowanie w przedstawionym przypadku budzi pewne zastrzeżenia. Zastrzeżenia te dotyczą przede wszystkim ilości żeber wyciętych podczas operacji wstępnej. Autorzy obcy, którzy często mają do czynienia z bąblowcem płuca, opróżniają zawartość torbieli przez nieduże cięcie płuca, ograniczając się do wycięcia u dorosłych tylko jednego żebra. U dziecka wycięcie dwóch, najwyżej trzech żeber powinno wystarczyć. Wycięcie tak dużej ilości żeber pozatem, że wydaje się zbędne, może się okazać również niebezpieczne, a to dlatego, że powstałe potem ruchy opaczne klatki piersiowej mogą doprowadzić do przedwczesnego pęknięcia torbieli.

Zastrzeżenie drugie dotyczy sposobu wywoływania zrostów płucno-opłucnowych. Jak wiadomo, i co potwierdza przedstawiony przypadek, przyszycie płuca do opłucnej ściennej uszkadza tę ostatnią, powoduje przedostanie się do jamy opłucnej powietrza i drobnoustrojów. Przypuszczać należy, że zrosty, jakie w tym przypadku częściowo udało się wywołać, zawdzięczają swe powstanie nie szwom płucno - opłucnowym, lecz położeniu na opłucnę ścienną gazy nasyconej nalewką jodową. Tę właśnie metodę wywoływania zrostów zapomocą gazy nasyconej nalewką jodową należy uznać za najwłaściwszą wszędzie tam, gdzie operujemy na płucu dwuczasowo.

Trojanowski: zapytuje, czy była badana błona wewnętrzna torbieli, gdyż jeżeli znajdowały się tam pęcherze wtórne, to wypełnione są one zwykle t. zw. czerwiochami. Ewentualna obecność czerwiochów pogarsza rokowanie, gdyż wtedy mogą wystąpić przerzuty.

Walc: Przy bąblowcu zwykle występuje eozynofilia, jeżeli jednak dołącza się ropienie, to eozynofilii może nie być. Podkreśla, że wykonanie odczynu Weinberga w Warszawie napotyka zwykle na duże trudności.

Goldsztein: Przy dużych bąblowcach odczyn Weinberga może być ujemny; zależy to od twardej otoczki torbieli.

Zaorski: przyznaje, że pierwszy etap zabiegu operacyjnego być może był zbyt duży, ale przy takim dużym zabiegu łatwiej jest wywołać zrosty; przy mniejszym zabiegu operacyjnym zrosty mogą być niedostateczne.

Wtórnych pęcherzy nie było, wobec tego czerwiochy nie były poszukiwane.

Dr St. Szenicer:

DWA PRZYPADKI PĘKNIĘCIA WRZODU PRZYODŹWIERNIKOWEGO W CZASIE ZABIEGU OPERACYJNEGO.

(Streszczenie własne).

Przypadek 1. L. K., lat 56, zgłosił się do I Kliniki Chirurgicznej dnia 15 kwietnia 1938 r. z powodu bólów w nadbrzuszu i wymiotów.

Choruje od 10-ciu lat. Początkowo odczuwał zgagę oraz bóle w nadbrzuszu; bóle te występowały w 4—6 godzin po jedzeniu i trwały do 3-ch godzin. Po wypiciu mleka lub herbaty oraz po zastosowaniu gorących okładów bóle ustępowały. Początkowo bóle te nigdzie nie promieniowały, ale już po upływie paru tygodni zaczęły oddawać do pleców lub do klatki piersiowej. Po kilku latach bóle stały się silniejsze i nabrały jeszcze wyraźniejszego charakteru bólów głodowych względnie nocnych, przy czym zjedzenie lub wypicie czegokolwiek zawsze je łagodziło. Od trzech tygodni bóle są bardzo silne, tak, że chory nie może leżeć. Ostatnio wymiotował bardzo często, pokarmów spożytych nie spostrzegał; miewał też fusowate wymioty. Zwymiotowanie przynosiło ulgę w bólach. Kilkakrotnie miał smoliste stolce. Od 10 dni nie miał wcale wypróżnienia. Nigdy nie gorączkował, znacznie schudł.

Przedmiotowo: ciepłota 36°, tętno 60 na min., język wilgotny; w zakresie narządów klatki piersiowej odchyleń od normy nie stwierdza się. Badanie jamy brzucha również nic pozytywnego nie wykrywa, w szczególności brak dolegliwości przy obmacywaniu, nie wyczuwa się żadnego guza, nie widać prężenia się ściany żołądka.

Badania pracowniane: w osadzie — pojedyncze leukocyty w k. p. w., jedno duże ich skupienie. Krew: cz. c. 5.460.000 w 1 mm³ Hb 110%, b. c. 8.300 w 1 mm³ krzepliwość 8′, grupa

B. Odczyn Wassermanna i citocholowy we krwi ujemne; krew utajona w kale (przy diecie bezmięsnej i bezchlorofilowej) obecna; treść żołądkowa naczczo: A 25, L. 12. Badania rentgenologiczne przewodu pokarmowego: 1. wlew kontrastowy wypełnia prawidłowo okrężnicę, przy czym stwierdza się opuszczenie poprzecznicy; 2. per os: po wprowadzeniu drobnej ilości zawiesiny kontrastowej rysunek błony śluzowej z powodu znacznej ilości zalegającego płynu nie daje się prawidłowo przedstawić. Po wypełnieniu zupełnym żołądek bardzo znacznie ektatyczny i atoniczny, o perystaltyce, początkowo silnej, wcinającej, następnie zupełnie zanikającej. Część odźwiernikowa nie daje się prawidłowo przedstawić; odźwiernik zamknięty, treść kontrastowa nie daje się nawet po dłuższym leżeniu na prawym boku przeprowadzić przez kanał odźwiernikowy. Wnioski: stenosis pylori probabiliter propter ulcus iuxta-pyloricum. (II Instytut Radiologiczny U. J. P., Dr. Zabokrzycki).

Chorego zaczęto przygotowywać do zabiegu (glukoza i sól hipertoniczna dożylnie). W okresie od 15.IV do 26.IV, poza jednym, podskokiem do 37,0° ciepłota utrzymywała się poniżej 37°, chory zaś skarżył się na silne bóle.

Dnia 27.IV operacja. Uśpienie dożylne. Po otwarciu otrzewnej przy wydobywaniu żołądka stwierdzono, że tuż przy odźwierniku na krzywiźnie małej ściana jest zmieniona, zgrubiała i twardawa, oraz widać w niej otworek, z którego wycieka płyn bezbarwny. Dwunastnica (pars horiz. sup.) krótka, jakby skurczona na skutek przebytego stanu zapalnego. Ze względu na brak warunków do wycięcia żołądka zeszyto otwór dwoma piętrami szwów pojedyńczych i wykonano zespolenie żołądkowo-jelitowe poza-okrężnicowe tylne szwem jednopiętrowym lnianym ciągłym. Ranę zaszyto warstwowo na głucho.

Przebieg pooperacyjny bez powikłań, rana zagoiła się przez rychłozrost. Dnia 18.V.38 r. chorego wypisano z zaleceniem przestrzegania zapowiedzianej diety i zgłoszenia się do kontroli po sześciu tygodniach.

Chory się nie zgłosił, wobec czego postaraliśmy się zebrać dane o jego obecnym stanie, który przedstawia się następująco: pacjent czuje się dobrze, nie ma bólów ani zgagi, je wszystko z wyjątkiem ostrych pokarmów; wypróżnienie miewa co 2 — 3 dzień, prawidłowo zabarwione (zażywa lekkie środki czyszczące) i wrócił do pracy (jest krawcem z zawodu).

Przypadek 2. M. S., lat 28, zgłosił się do I Kliniki Chirurgicznej U. J. P. dnia 1 grudnia 38 r. z powodu dotkliwych bólów w dołku podsercowym. Choroba zaczęła się przed 8 laty; odczuwał zgagę, kwaśne odbijanie i bóle w dołku, występujące w 1 — 2 godz. po spożyciu posiłków. Zaczął unikać pokarmów kwaśnych i trudniej strawnych, leczył się, miał okresy poprawy; od 2½ roku bóle stały się bardzo dokuczliwe i zaczęły promieniować do pleców. Przed 2 laty wystąpiło silne krwawienie w postaci obfitych wymiotów krwawych oraz smolistych stolców. W ciągu ostatnich dwóch lat schudł i osłabł, ostatnio bóle są tak znaczne, że nie pozwalają choremu spać.

Przedmiotowo stwierdza się żywą bolesność uciskową w dołku podsercowym, objaw Blumberga nieobecny, napięcie mięśniowe prawidłowe.

Badania pracowniane: Mocz składników nieprawidłowych nie zawiera. Krew: c. cz. 5.000.000, Hb. 95%, wsk. 0,95, b. c. 6.800, grupa A. Badanie kału na krew utajoną (przy odpowiedniej diecie) dało wynik słabo dodatni. Badania rentgenologiczne żołądka (Pracownia Rentgenologiczna Szpitala Dz. Jezus): Żołądek o wzmożonej perystaltyce, dno posiada na wysokości grzebienia miednicy. Na dużej krzywiźnie zaznaczony gastryczny przerost błony śluzowej. Opuszka dwunastnicy silnie bolesna na ucisk, zniekształcona, z wyraźnym naddatkiem cieniowym. Po 4 godz. ślad masy kontrastowej w żołądku. Wnioski: Ulcus duodeni, gastritis.

W czasie od 1 do 6.XII.38 r. chory stale skarżył się na bóle. Ciepłota wieczorami codziennie przekraczała 37° C, dochodząc do 37.7°. Napięcie mięśniowe nie było wzmożone, objaw Blumberga nie występował. Po odpowiednim przygotowaniu przystąpiono 7.XII.38 do operacji. Uśpienie dożylne. Przy wyciąganiu żołądka stwierdzono, że odźwiernik i dwunastnica, zmienione zapalnie, są unieruchomione głęboko pod wątrobą oraz że w obrębie zmienionej ściany dwunastnicy widać maleńki otwór, z którego sączy się płyn. Wobec braku warunków do wykonania wycięcia żołądka wrzód zaszyto szwami pojedyńczymi (dwa piętra: I len, II struna), narzucając na drugie piętro cyple tkanki tłuszczowo-otrzewnej. Następnie wykonano zespolenie żołądkowo-jelitowe tylne poza-okrężnicą. Szew warstwowy powłok.

Przebieg pooperacyjny bez powikłań, rana zagoiła się przez rychłozrost. Ciepłota w ciągu 19 dni po zabiegu dochodziła do 37,7°, w ciągu ostatnich zaś 5-ciu dni pobytu w Klinice była prawidłowa. Bóle ustąpiły całkowicie. Od czasu do czasu odczuwał lekką zgagę. Dnia 30.XII wykonano kontrolne badanie rentgenologiczne (Pracownia Rentgenologiczna Szpitala Dz. Jezus), które stwierdziło, że masa kontrastowa opuszcza

żołądek tylko przez zespolenie, odbywa się to jednak powoli, tak, że po 4 tygodniach tylko połowa żołądka jest opróżniona; po 24 godzinach masa kontrastowa wypełnia jelito grube do połowy poprzecznicy.

Dnia 31.XII chory został wypisany z zaleceniem przestrzegania diety oraz zgłoszeniem się po 6 miesiącach do kontroli.

W obu opisanych przypadkach stanęliśmy więc przed faktem pęknięcia wrzodu przyodźwiernikowego w czasie operacji, ściśle mówiąc w chwili pociągania za żołądek. Były to więc wrzody głęboko drążące i przedziurawienie do wolnej jamy otrzewnej tylko dlatego nie nastąpiło jeszcze wcześniej, że wrzody znajdowały się na małej krzywiźnie w odcinku żołądka względnie dwunastnicy, ściśle przylegającym do wątroby.

Obydwaj chorzy skarżyli się na bardzo silne bóle, z promieniowaniem w górę i ku tyłowi, u drugiego z nich stwierdzało się żywą bolesność uciskową przy braku jakichkolwiek objawów ze strony otrzewnej, u obu leukocytoza była normalna; jeden z nich miał ciepłotę prawidłową, drugi — stany podgorączkowe.

Rentgenologicznie w 1-ym przypadku stwierdzało się obraz banalnego zwężenia odźwiernika, w 2-im — wprawdzie obecny był naddatek cieniowy, ale bez t. zw. „szczytowego pęcherzyka gazu" *(Gipfelblase)*, charakterystycznego, zdaniem R. Bauera, dla grożących pęknięciem wrzodów dwunastnicy.

Oba te przypadki przedstawiam przede wszystkim ze względu na rzadkość samego wydarzenia, jakim jest pęknięcie wrzodu w momencie operacji. Dalej, zasługuje na podkreślenie brak wszelkich objawów otrzewnych, brak wzmożonej leukocytozy, ale z drugiej strony — nieustanne silne bóle, na jakie obaj chorzy się skarżyli, oraz żywa bolesność uciskowa.

Z obu tych przypadków wypływają też pewne wnioski praktyczne, a mianowicie:

1. Chorych, u których rozpoznajemy wrzód żołądkowo-dwunastniczy, a którzy skarżą się na stale utrzymujące się dotkliwe bóle, należy traktować jako podejrzanych o zagrażające pęknięcie wrzodu.

2. W przypadkach takich wskazana jest duża ostrożność i powściągliwość w zgłębnikowaniu żołądka i w badaniu rtg; opisywano przypadki pęknięcia żołądka w czasie badania rtg. często kończące się niepomyślnie pomimo natychmiastowego zabiegu.

3. Chorzy tacy nie powinni być leczeni zachowawczo, lecz winni być możliwie jak najwcześniej oddani w ręce chirurga.

4. U chorych takich nie należy płukać żołądka dużą ilością wody naraz, jak zwykle w przeddzień operacji wieczorem, lecz albo wcale nie zgłębnikować, albo bezpośrednio przed zabiegiem opróżnić żołądek zgłębnikiem, nie płucząc.

5. W postępowaniu operacyjnym dążyć do wykonania wycięcia żołądka, a tylko jeżeli warunki na to nie pozwalają, zaszyć wrzód i wykonać zespolenie żołądkowo-jelitowe.

Dyskusja:

Walc: Uważa, że perforacje żołądka w czasie operacji nie są takie rzadkie i ma wrażenie, że w przypadkach referenta perforacje powstały poprostu przy odklejeniu perforowanych już uprzednio wrzodów żołądka względnie dwunastnicy.

Niewiadomski: W obu tych przypadkach pradopodobnie były to dawniejsze ukryte perforacje, które się właściwie podczas operacji dopiero odkleiły. Perforacje takie powstają też często przy radiopalpacji.

Szenicer. Perforacje w przypadkach demonstrowanych nastąpiły nie przy odklejaniu, lecz przy pociągnięciu żołądka.

Posiedzenie zakończył odczyt Dra *T. Wiśniewskiego:* „Leczenie przepuklin pahcwinowych u dzieci".

POSIEDZENIE WARSZ. KOŁA POL. TOW. ORTOPEDYCZNEGO I TRAUMATOLOGICZNEGO

w Instytucie Chirurgii Urazowej dnia 16 grudnia 1938 r.

H. Ciszkiewicz:

FRACTURA EPICONDYLI MEDIALIS HUMERI (REFERAT NA PODSTAWIE 135 PRZYPADKÓW).

Wydrukowane w „Chirurgu Polskim" Nr 12/38 r.

Dr T. Sokołowski:

W SPRAWIE METODY OPERACYJNEJ W LECZENIU WRODZONYCH ZWICHNIĘĆ STAWU BIODROWEGO (NA PODSTAWIE 11 OPEROWANYCH PRZYPADKÓW), POKAZ FILMU OPERACJI.

(Doniesienie tymczasowe).

Sprawa leczenia wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego znajduje się obecnie w fazie ewolucji i być może zostanie wkrótce uzgodniona i ujednostajniona, o ile chodzi o wskazania operacyjne. Podczas gdy jedni, jak *Putti,* głoszą zasady przede wszystkim zachowawczego postępowania, *Zahradnicek* w Pradze na 449 przypadków operował 128. Szereg źródłowych prac, jak praca *Pavlansky'ego* oparta na przestudiowaniu późnych wyników kilkuset przypadków wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego (w. z.) pozwala na zerwanie z dotychczasowym optymizmem co do wartości zachowawczej metody w leczeniu w. z. Stwierdzono dużo nawrotów, a przede wszystkim fakt, że nawet w przypadkach udanych mamy często wtórne zmiany stawowe w postaci osteochondritis. W wielu przypadkach jesteśmy zmuszeni po bezowocnym długotrwałym leczeniu repozycją i gipsem uciekać się wtórnie do zabiegu operacyjnego. Doświadczenie obecne wskazuje, że w wielu przypadkach kwalifikowanych dawniej do leczenia zachowawczego nie wahamy się już dzisiaj stawiać od razu wskazań do zabiegu pierwotnego. Z naszych 11 przypadków w 4 stosowano przed tym gdzie indziej w zakładach specjalnych długotrwałe leczenie zachowawcze: w jednym (przyp. obustronnego w. z. przez 4 lata, rezultat — odprowadzenie tylko po jednej stronie, w drugim, również obustr. w. z. przez 9 miesięcy — bez wyniku, w trzecim jednostr. przez 8 miesięcy — bez wyniku, w czwartym leczonym przez dłuższy czas najpierw zachowawczo, po tym operacyjnie (plastyka daszka panewki pozatorebkowa z cięcia przedniego) uzyskano wynik zły — utrwalenie w subluksacji tylnej. Inne przypadki zgłosiły się do nas nieleczone przed tym gdzie indziej.

Do szerokiego wskazania stawiania wskazań operacyjnych przeszła obecnie m. in. szkoła amerykańska. Sprawa operacyjnego leczenia w. z. łączy się ściśle ze sprawą techniki: odprowadzenie krwawe w. z. jest zawsze łatwe, chodzi jednak przecież o to, żeby po tym utrzymać główkę na miejscu właściwym. To było trudne za pomocą dotychczasowych metod, szczególnie z cięcia przedniego. Patrząc na te operacje nie można się oprzeć wrażeniu, że odginanie przeszczepu z talerza biodrowego wygląda ładnie na rysunkach, ale w rzeczywistości nie daje choremu dobrego oparcia dla główki. Trzeba po tym długo trzymać dziecko w gipsie w I pozycji Lorenza, ale i to nie zapobiega przesuwaniu się daszka.

Zupełnie inaczej przedstawia się sprawa, jeżeli jako materiału dla daszka używamy kości oczyszczonej (os purum *Orella).* Wbijamy wówczas klinki techniką stolarską (podobnie jak *Spitzy* podał to w swej metodzie podpierania odgiętych blaszek kołkami pobranymi z kości własnej) i mamy tak dobre oparcie główki, że nie ma mowy o reluksacji. Po operacji nakładamy gips biodrowy w lekkim odwiedzeniu i skręceniu do środka, a już po 4 — 6 tygodniach możemy zdjąć gips, zakładamy wyciąg i przez dalsze 4 tygodnie prowadzimy w łóżku gimnastykę i ćwiczenia stawów. Po tym, po uruchomieniu stawu pozwalamy najdalej po 12 tygodniach dziecku chodzić i teraz szanse przebudowy stawu zależą oczywiście od wieku dziecka.

Technika[1]) (przedstawienie filmu operacji): cięcie Olliera — boczne z oddłutowaniem krętarza w. i odchyleniem go do góry wraz z mięśniami pośladkowymi. Po otwarciu torebki odprowadzenie główki do panewki (przed tym ew. usunięcie zrostów i duplikatury torebki). Po odsunięciu skrobaczką torebki od góry mamy szeroko udostępniony obnażony cały brzeg panewki od przodu do tyłu na całej przestrzeni. Dookoła wbijamy mocno pozatorebkowo 3 — 4 klinki z os purum, zeszywamy torebkę i przybijamy kołkiem, również z os purum, krętarz na miejsce. Szczelny węzełkowy szew powięzi i skóry. Operacja jest bezkrwawa, a przy poprawnej technice m a ł o s z o k u j ą c a.

---

[1]) Technikę zabiegu przedstawimy rysunkowo na łamach naszego pisma w artykule „Zabiegi na stawie biodrowym".

W przypadku wysokich zwichnięć wskazana jest przed odprowadzeniem osteotomia skośna derotacyjna z wycięciem odcinka trzonu kości udowej (2 — 3 cm.). Klin powinien być przecięty w ten sposób, by usunąć jednocześnie antetorsję i koślawość (operacja Zahradnicka). Nie sądzimy jednak, by należało iść tak daleko jak *Z.*, który w każdym przypadku coxa valga luxans robi osteotomię, uważamy bowiem ten zabieg za zbyt ciężki, aczkolwiek przyznajemy, że zasadniczo należy dążyć nie tylko do repozycji, lecz i do operacyjnej przebudowy stawu. Bierzemy jednak pod uwagę dużą zdolność samoistnej przebudowy stawu u mniejszych dzieci. Po osteotomii i wycięciu odcinka trzonu zespalamy fragmenty wstążkami, ponieważ trzymają one odłamki bardzo mocno. Wstążki łatwo po tym usunąć z cięcia bocznego poniżej krętarza.

Dr Z. Ambros:

DWA DALSZE PRZYPADKI ZASTARZAŁEJ EPIFIZJOLIZY GŁÓWKI KOŚCI UDOWEJ, ORAZ PRZEDSTAWIENIE WYNIKÓW OPERACYJNIE LECZONYCH TRZECH DAWNYCH PRZYPADKÓW.

Pierwsze dwa przypadki zastarzałej epifizjolizy główki kości udowej przedstawione zostały przez Płk. Dr Sokołowskiego na posiedzeniu Warszaw. Tow. Ortop. i Traumatolog. w marcu 1938 r. Na tymże posiedzeniu omówione zostało postępowanie, przyjęte w Instytucie Chirurgii Urazowej w leczeniu coxa vara traumatica. Poza tym technikę osteotomii przezszyjkowej Sokołowskiego ogłoszono w artykule p.t. „Leczenie biodra szpotawego pourazowego" („Chirurg Polski" nr 5/38). Na posiedzeniu dzisiejszym przedstawiam późne wyniki tych przypadków, oraz dwa dalsze leczone tą samą metodą.

Przyp. 1. J. St., lat 12. Od 3 lat przejściowo występujące bóle w lewym stawie biodrowym. Od roku wyraźne pogorszenie, większe nasilenie bólów, oraz coraz wyraźniejsze kulenie. Ruchy w stawie biodrowym uległy bardzo znacznemu ograniczeniu.

Przy przyjęciu stwierdzono: Kończyna dolna lewa ustawiona w przywiedzeniu i skręceniu w bok. Skrócenie tej kończyny wynosi 3 cm. Krętarz duży przesunięty jest o 3 cm powyżej linii Roser-Nelatona. Ruchy w stawie biodrowym wybitnie ograniczone, zgięcie i wyprostowanie w granicach prawidłowych, odwiedzenie i skręcanie do wewnątrz całkowicie zniesione. Rtg. wykazał, że główka kości udowej uległa retrowersji, kąt szyjkowo-trzonowy zbliżony do prostego. Na główce k. udowej, oraz na chrząstce panewki stawowej widoczne zmiany zniekształcające. Rozp. Osteochondritis coxae juvenilis, coxa vara traumatica.

Zabieg operacyjny *(Dr Sokołowski)* wykonano na stole ortopedycznym. Z cięcia przedniego otwarto staw biodrowy i wykonano osteotomię przezszyjkową, po czym za pomocą wyciągu, odwiedzenia i skręcenia do wewnątrz nastawiono odłamki. Z cięcia bocznego odsłonięto podstawę krętarza dużego i zespolono odłamki gwoździem S. P. Po zabiegu nie nakładano opatrunku gipsowego, poprzestając na ułożeniu kończyny na podstawce Brauna. Rtg. kontrolny wykazał poprawę kąta szyjkowo-trzonowego oraz prawidłowe położenie gwoździa S. P. w obu rzutach. W 3 tyg. po zabiegu pozwolono choremu na chodzenie o kulach, a po 5 dalszych tyg. już bez oparcia. Badanie kontrolne przeprowadzono po 6 mies. stwierdzając, że kończyna operowana ustawiona jest w przywiedzeniu z powodu silnego napięcia mięśni przywodzących. Ruchy w stawie biodrowym: zgięcie poza kąt prosty, przywiedzenie i skręcanie do wew. i na zew. wolne, dość znaczne zahamowanie odwiedzenia. Obecne skrócenie kończyny wynosi 1 cm. W narkozie ogólnej wykonano tenotomię mięśni przywodzących i usunięto gwóźdź S. P. Odwiedzenie po tenotomii do kąta 45°. Rtg. kontrolny wykazał spłaszczenie główki k. udowej lewej. Dawne nierówności na powierzchni główki uległy wygładzeniu, tak że obecny kontur główki wykazuje wybitną poprawę w porównaniu ze zdjęciem przedoperacyjnym. Zrost kostny w miejscu osteotomii mocny. Kąt szyjkowo-trzonowy lekko rozwarty, szyja wybitnie skrócona. Dla zwiększenia kąta zamierzano wykonać dodatkowo osteotomię podkrętarzową, jednak rodzice dziecka zadowoleni z uzyskanego już wyniku, na drugi zabieg się nie zgodzili.

Przyp. 2. L. Fr., lat 15. Przed 5 tygodniami upadł na ślizgawce. Bezpośrednio po urazie silna bolesność w stawie biodrowym lewym. Po kilku tygodniach zaczął chodzić, silnie kulejąc; przy chodzeniu zauważył wybitne ograniczenie ruchomości w stawie. Miejscowo: Kończyna dolna lewa ustawiona w przywiedzeniu i skręceniu do zewnątrz, oraz w lekkim przykurczu w zgięciu. Skrócenie wynosi 2 cm. Wybitne upośledzenie ruchów, zwłaszcza odwiedzenia, zgięcia i skręcania do wewnątrz. Rtg. wykazał stan po oddzieleniu się główki kości udowej z przesunięciem główki do tyłu i dołu. Kąt szyjkowo-trzonowy prosty.

Zabieg operacyjny (*Dr Sokołowski)* wykonano jak w przyp. pierwszym tzn. osteotomia przezszyjkowa, nastawienie odłamków i zespolenie gwoździem S. P. Rtg. kontrolny wykazał doskonałe nastawienie odłamków i prawidłową rekonstrukcję kąta szyjkowo-trzonowego. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Po 2 tyg. pozwolono choremu na chodzenie o kulach. Po 5 mies. kontrola kliniczna i rentgenologiczna wykazały wyleczenie fizjologiczne. Obie kończyny czynnościowo i anatomicznie nie różnią się od siebie. Usunięto gwóźdź S. P.

Przyp. 3. T. Ry., lat 13. Przed 2 laty upadł na lewy bok. Po wypadku przeleżał 2 tyg. w łóżku, od samego początku zaznaczyło się przy chodzeniu pewne skrócenie kończyny i bardzo znaczne ograniczenie ruchomości w lewym stawie biodrowym. W ostatnim półroczu nastąpiło wybitne pogorszenie z czasowym nawrotem bólów i powiększyło się skrócenie kończyny. Miejscowo stwierdzono, że kończyna dolna lewa ustawiona jest w przywiedzeniu poza linię środkową ciała i skręceniu na zewnątrz. W porównaniu z kończyną zdrową skrócona jest o 6 cm, krętarz duży o tyle samo wysunięty powyżej linii Roser-Nelatona. Objaw Trendelenburga dodatni. Ruchy w zakresie stawu biodrowego wybitnie ograniczone, odwiedzenie i skręcanie do zewnątrz zniesione. Rtg. wykazał, że główka kości udowej w linii przynasadowej przesunięta została bardzo znacznie ku dołowi i ustawiona jest w retrowersii. Skrócona szyja tworzy z trzonem k. udowej kąt ostry. Krętarz duży wysunięty ku górze podchodzi do talerza biodrowego. Rozszerzenie cienia chrząstki nasadowej. Zdjęcie uwidacznia dość znaczną antefleksję szyi (rys. 1 i 2).



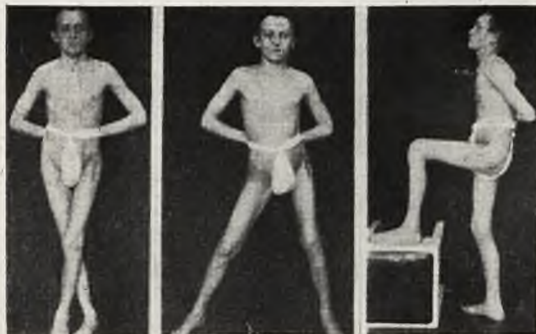
Rys. 1. Rys. 2.

Zabieg operacyjny *(Dr Sokołowski)* wykonano w narkozie ogólnej, na stole ortopedycznym. Staw czasie zabiegu przedłużono w bok (cięcie Whitmana). Po otwarciu stawu stwierdzono, że szyja kości udowej wystercza silnie ku przodowi. Powierzchnia szyi nierówna, chropowata w miejscach odpowiadających rozerwanej chrząstce nasadowej. Do tylno-dolnej jej powierzchni przyrasta główka, która jest skręcona do tyłu o 90°, tak że kontaktuje ona z powierzchnią szyi tylną swą krawędzią. W linii przynasadowej przecięto zrost główki z szyją, wykonując dłutem żłobowym osteotomię rotacyjną. Kikut szyi wygładzono ścinając nierówności, starano się jednak utrzymać półkolisty zarys płaszczyzny przecięcia. Nastawienie i odtworzenie prawidłowych stosunków anatomicznych udało się uzyskać dopiero po przecięciu silnie zbliznowaciałej tylnej torebki, oraz po oddłutowaniu krętarza dużego i małego wraz z przyczepami mięśni. Po nastawieniu zespolono odłamki gwoździem S. P. Krętarz duży wraz z przyczepami mięśniowymi przybito gwoździem Lambott'ea. Rtg. (rys. 3 i 4) wykazał zniknięcie szpotawości i poprawne położenie gwoździa S. P. Klinieczne stwierdzono, że skrócenie 6 cm zostało dokładnie wyrównane. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Kończyne położenie gwoździa S. P. Klinicznie stwierdzokontrolne po 5 miesiącach wykazało, że chory chodzi dobrze i bez bólów. Skrócenie wyrównane, tak obie kończyny są jednakowej długości. Ruchy w stawie biodrowym poprawiły się bardzo wydatnie, za wyjątkiem odwiedzenia, które jest wolne do



Rys. 3. Rys. 4.

45° (rys. 5, 6 i 7). Rtg. wykazał silny wzrost kostny główki z szyjką. Wyraźna przebudowa beleczkowania struktury kostnej szyi i główki. Powierzchnia główki gładka bez zmian zniekształcających, szpara stawowa szeroka. Kąt szyjkowo-trzonowy prawidłowy (rys. 8). Usunięto gwóźdź SP. i Lambotte'a.



Rys. 5. Rys. 6. Rys. 7.

Jak wynika z przedstawionych przypadków obserwowanych w ciągu około 6 mies. późne wyniki po osteotomii przezszyjkowej są tak dobre, że można mówić o zupełnym wyleczeniu. We wszystkich przypadkach udało się wyrównać skrócenie i przywrócić pełny zasięg ruchów albo przynajmniej powiększyć go wydatnie. U wszystkich chorych usunięto stany bólowe. Zniekształceń na główce, ani jej martwicy nie spostrzegaliśmy nigdy, raczej we wszystkich przypadkach stwierdzono po ostetomii wyraźną przebudowę struktury kostnej, odpowiadającą poprawionym stosunkom anatomicznym i statycznym.



Rys. 8.

Dwa następne przypadki zastarzałej epifizjolizy główki k. udowej operowane były stosunkowo niedawno, tak że nie pozwalają jeszcze na wyciągnięcie wniosków ostatecznych. Dotyczą one osobników starszych z bardziej zaawansowanymi zmianami pourazowymi.

Przyp. 4. Lat 24. Od dzieciństwa, tzn. gdzieś od 10 roku życia kuleje z powodu skrócenia kończyny dolnej lewej. Początku choroby i okoliczności w jakich się ona rozwinęła nie pamięta. Podobno przed zachorowaniem upadła na lewy bok. Dotychczas się nie leczyła. Od roku datują się silne bóle w lewym stawie biodrowym, które uniemożliwiają chorej chodzenie. Miejscowo: kończyna dolna lewa skrócona o 4 cm. Krętarz duży przesunięty o 4 cm powyżej linii Roser-Nélatona. Linie Shoemakera przecinają się po stronie zdrowej, poniżej pępka. Kończyna lewa ustawiona jest w przywiedzeniu i skręceniu w bok. Ruchy czynne w stawie biodrowym: Zgięcie wybitnie ograniczone, przywiedzenie poza linię środkową ciała, skręcanie do wewnątrz zniesione. Rtg. wykazał, że główka k. udowej oddzielona od szyi w linii przynasadowej tkwi w panewce stawu biodrowego. Szpara stawowa nieco zwężona, ale utrzymana w obrębie całej panewki. Główka swą powierzchnią chrząstkową obrócona jest do tyłu i w całości przesunięta w dół: Szyja wybitnie skrócona tworzy z trzonem k. udowej kąt ostry. Krętarz duży wraz z szyją wysunięty ku górze. Główkę kości udowej zespala z szyją zrost kostny na szerokiej przestrzeni. Pomostowaty zrost kostny górnej krawędzi szyi z górną powierzchnią panewki. Na zdjęciu osiowym stwierdza się znaczną retrowersję główki. Rozp, Coxa vara inveterata.

W przypadku tym plan leczenia ustalono następująco: Rekonstrukcję stosunków anatomicznych rozłożono na dwa etapy operacyjne. W etapie pierwszym postanowiono wykonać osteotomię przezszyjkową w celu derotacji główki, a po nastawieniu zespolić odłamki gwoździem SP. Wobec krótkości szyi rekonstrukcję kąta szyjkowo-trzonowego zamierzono uzyskać przez osteotomię podkrętarzową.

Stosownie do nakreślonego planu wykonano 1 *zabieg operacyjny (Dr. Sokołowski)* podobnie jak w przypadku trzecim. Po 6 tygodniach przy-

stąpiono do 2 etapu zabiegu. W znieczuleniu miejscowym usunięto gwóźdź SP i wykonano podkrętarzową osteotomię Schanza. Po 8 tyg. zdjęto gips, a po 12 pozwolono chorej na chodzenie o kulach. Po zdjęciu gipsu rtg. i klinicznie stwierdzono zrost kostny w miejscu osteotomii. Skrócenie kończyny wyrównane.



Rys. 9.

Przyp. 5. K. Wa. Lat 18. Obecna choroba datuje się od 6 lat, a wywołana została upadkiem na prawy bok. Po wypadku zaczęła po kilku dniach chodzić lekko kulejąc. Z czasem zaczęło się zaznaczać coraz większe kulenie i ograniczenie ruchomości prawego stawu biodrowego. Miejscowo: Kończyna dolna prawa ustawiona w przywiedzeniu i skręceniu w bok. Skrócenie wynosi 7 cm. Krętarz duży wysunięty o 5 cm. powyżej linii Roser-Nélatona. Ruchy czynne: zgięcie do kąta około 70°, przywiedzenie poza linię środkową ciała, skręcanie do wewnątrz zniesione.

Rtg. (rys. 9) wykazał: główka kości udowej prawej oddzielona od szyi w linii przynasadowej, tkwi w panewce stawu biodrowego. Szpara stawowa wązka. Krętarz duży wraz z kikutem wybitnie skróconej szyjki przesunięte są znacznie ku górze, tak że szczyt krętarza podchodzi do talerza biodrowego, a szyjka nie zrośnięta z główką sterczy na wysokości górnego brzegu panewki. Tak na główce, jak i na szyjce powierzchnie złamania gładkie, oszlifowane. Rozp. Pseudoarthrosis colli femoris dextri post epiphysiolysim.

Z uwagi na daleko posunięte zmiany zniekształcające na główce, prawie zupełny brak szyi, oraz bardzo znaczne przesunięcie odłamków w przypadku tym nie mamy zamiaru kusić się o rekonstrukcję stawu, lecz postanowiono usunąć z cięcia przedniego resztkę główki i wykonać podpierającą osteotomię Fröhlicha „en face du cotyle".

Dyskusja:

Dr A. Kugler zwraca uwagę, że *Felsenreich* pierwszy stosował gwoździowanie w przypadku epifizjolizy główki k. udowej gwoździem Smith-Petersena z wynikiem pomyślnym. Zaburzeń wzrostu wskutek uszkodzenia chrząstki gwoździem nie spostrzegał. Nawiązując do przypadków, które demonstrował dr *Ambros* wydaje się, że w pierwszym przypadku dla zniesienia przywiedzenia uda należy zastosować nie osteotomię a obniżenie krętarza.

Dr Z. Ambros sądzi, że korzystniejsza jest podkrętarzowa osteotomia, która znosi skrócenie kończyny.

Dr T. Sokołowski:

PRZYPADEK ŹLE ZROŚNIĘTEGO MIĘDZYKRĘTARZOWEGO ZŁAMANIA SZYJKI K. UDOWEJ LECZONY OSTEOTOMIĄ ŚRÓDSTAWOWĄ PRZEZSZYJKOWĄ I ZESPOLENIEM GWOŹDZIEM S. P.

(Streszczenie własne).

Przypadek ten nie był rozpoznany jako złamanie, chora leżała w domu kilka miesięcy w łóżku, po tym zaczęła wstawać, lecz statyka była tak zła, że zwróciła się o poradę do Instytutu. Stwierdziliśmy wadliwy zrost po złamaniu międzykrętarzowym z ustawieniem na varus oraz ze znaczną (45°), retrofleksją szyjki. Leczenie: osteotomia śródstawowa przezszyjkowa z przedniego cięcia, po tym nastawienie i zespolenie z małego bocznego cięcia gwoździem S. P.

Wynik dobry: uzyskaliśmy zarówno zniesienie retrofleksji, jakoteż odtworzenie kąta szyjkowo-trzonowego. Pokaz chorej. Pozwoliliśmy chorej chdzić po upływie 4 tygodni od operacji. Przypadek ten ilustruje raz jeszcze wysoką wartość metody, jaką opracowaliśmy w leczeniu coxa vara.

Dr T. Sokołowski:

PRZYPADEK PLASTYKI PRZEDNIEGO UCHYŁKA STAWU KOLANOWEGO Z USUNIĘCIEM RZEPKI W LECZENIU SZTYWNOŚCI STAWU KOLANOWEGO

(Streszczenie własne).

Na jednym z posiedzeń Warsz. Tow. Chirurgicznego przedstawiłem przypadek zastarzałego złamania (stawu rzekomego) rzepki leczony zapomocą plastyki przedniego uchyłka stawu z usunięciem rzepki. Wyraziłem wtedy pogląd, że w ten sam sposób możnaby się pokusić w przypadkach zastarzałych sztywności stawu kolanowego o jego uruchomienie. Przypadek taki otrzymaliśmy wkrótce.

Chory M. M., l. 35 doznał złamania k. udowej. Leczony w szpitalu powiatowym przez kilka miesięcy zgłosił się do nas ze złym wynikiem — skróceniem i przemieszczeniem odłamków. W przypadku tym wykonaliśmy operację i po 3 miesiącach po uzyskaniu zrostu kostnego w dobrym ustawieniu zrobiliśmy próbę redresji sztywnego stawu kolanowego. Ponieważ redresja była niewykonalna, a nawet uległo lekkiemu naddarciu więzadło rzepkowe, zdecydowaliśmy się wobec grożącej choremu trwałej sztywności stawu na plastykę.

Po przecięciu więzadła rzepkowego tuż u dolnego brzegu rzepki i usunięciu rzepki zgięliśmy z łatwością kolano, po czym zrekonstruowaliśmy cały przedni uchyłek plastycznie z powięzi szerokiej uda pobranej z drugiego uda. W dolnym i górnym biegunie rany przyszyliśmy powięź do przeciętych więzadeł — m. czworogłowego uda i właściwego rzepki. Przebieg gładki, obecnie po 4 tygodzinach chory zgina kolano pod kątem 45°; prostowanie czynne, jak Panowie widzą, jest dobre i osiąga kąt 170°. Spodziewamy się, o czym poucza pierwszy przypadek, że zakres ruchów będzie się stopniowo zwiększał.

Dyskusja:

Dr A. Kugler zaznacza, że na podstawie piśmiennictwa wie o dobrych wynikach osiąganych tą metodą.

Dr H. Levittoux uważa, że rzepkę należy usuwać tam, gdzie ona stanowi istotną przyczynę ograniczenia ruchów, podnosi poza tym, że bardzo często przyczyną ograniczenia ruchów bywa zbliznowacenie i zarośnięcie górnego uchyłka stawu kolanowego. W tych przypadkach *Latkowski* stosował wydłużanie zbliznowaciałego uchyłka i oddzielanie przyrostów uchyłka do kości udowej.

Dr L. Kalina podaje, że w przypadkach ograniczenia ruchów w stawie kolanowym wskutek zrośnięcia rzepki z powierzchniami stawowymi, oddzielał rzepkę i dla uniknięcia ponownego zrostu między rzepką a kością udową podścielał pod rzepką płat powięzi. W przypadkach ograniczenia ruchów wskutek zbliznowacenia uchyłka oddzielał skrobaczką uchyłek od kości udowej, możliwie na dużej przestrzeni. W niektórych przypadkach, o ile to nie wystarczało, wydłużał ścięgno mięśnia czworogłowego.

Dr T. Sokołowski uważa, że zwykła redresja w wielu przypadkach jest w stanie uruchomić staw właśnie wskutek rozdarcia zrostów uchyłka przedniego. Jeżeli jednak zesztywnienie jest duże, to próby redresji mogą doprowadzić do zerwania więzadła rzepkowego i dlatego konieczne jest usunięcie rzepki i podstawienie na miejsce ubytku płata powięziowego.

Dr J. Szulc:

LECZENIE ŹLE ZROŚNIĘTYCH ZŁAMAŃ TRZONU K. UDOWEJ ZA POMOCĄ KOŁKOWANIA (NA PODSTAWIE 4-CH OPEROWANYCH PRZYPADKÓW).

(Str. własne).

Dotychczasowe postępowanie w leczeniu źle zrośniętych złamań przyjęte w Inst. Chir. Uraz. [1]) zostało ostatnio uzupełnione operacją kołkowania oświeżonych odłamów. Zabieg ten zastosowano u 4-ch chorych posługując się martwym heterotransplantatem z „os purum", a wprowadzonym przez *Orella*, jako bolcem do zespolenia odłamów.

Przypadek 1. dotyczył dziewczyny l. 21 cierpiącej na napady epileptyczne, która spadając z huśtawki doznała poprzecznego złamania w dolnej ⅓ trzonów obu k. udowych. Przybyła do Instytutu po 4 miesiącach leczenia przez wiejskiego znachora ze zrostem odokostnowym przy dużych zniekształceniach osiowych i zachodzeniu odłamów poza siebie o przeszło 6 cm. Kończynę lewą o większym zniekształceniu operowano zespalając odświeżone odłamy bolcem z „os purum bovinum"

---

[1]) Przedstawione w pracy *B. Markowskiego*, „Chir. Polski", Nr 6, 1938 r.

do kanału szpikowego obu odłamów przy ich anatomicznym nastawieniu. Dalsze leczenie prowadzono w sposób typowy na szynie pionowej uda. W 2-gim tygodniu leczenia chora dostała napadu epileptycznego, w czasie którego bolec uległ złamaniu, zaś oś uda wykrzywieniu przy zachowanym styku końców odłamów. Pomimo tego przykrego powikłania dalsze leczenie na pionowej szynie uda pozwoliło na uzyskanie poprawnej osi kończyny; w 8. tyg. stwierdzono rentgenologicznie wyraźną kostninę, a w 14-tym tygodniu zaznaczający się klinicznie zrost w poprawnym ustawieniu.

W przypadku tym użyto bolca z os purum, przygotowanego przez macerację w mieszaninie eteru z acetonem, sposobem używanym przez klinikę *prof. Grucy* — jak się okazało tak przygotowane bolce wykazują stosunkowo małą wytrzymałość,



Rys. 1.

to też do następnych zabiegów przygotowano os purum sposobem przyjętym przez klinikę *prof. Raszei*, polegającym jedynie na 3-krotnym kilkagodzinnym gotowaniu w wodzie destylowanej z dodatkiem sody.

Przyp. 2 dotyczył chorego l. 37, który przybył do Instytutu po 12 tyg. leczenia w szpitalu miejskim, z wiotkim zrostem skośnego złamania w ½ trzonu l. k. udowej, z przemieszczeniem od latus o szerokość trzonu i interpozycją części miękkich. Złamanie zbolcowano, po czym nałożono gips biodrowy. W 6. tygodniu chorego przegipsowano, przy czym można było stwierdzić całkowity brak ruchomości w miejscu złamania, wobec czego kończynę obciążono w gipsie. Obecnie jest 10 tygodni od zabiegu, chory chodzi dobrze w gipsie marszowym ze strzemieniem, ustawienie odłamów nadal bardzo dobre (pokaz chorego).

Przyp. 3 dotyczy chorego l. 35 z poprzecznym złamaniem w dolnej ⅓ lewej k. udowej, który przybył do Instytutu w 7. tygodniu po złamaniu, ze skróceniem 6 cm, brakiem zrostu, dużymi zanikami mięśniowymi oraz skórą ścieńczałą i napiętą ponad odłamem centralnym (rys. 1). Kończynę przygotowano wyciągiem pośrednim uzyskując minimalne jej wydłużenie. Ognisko złamania otwarto i usunięto interpozycję mięśni, nastawienie anatomiczne odłamów było możliwe dopiero po skróceniu każdego z nich o 1 cm, w tym też ustawieniu odłamy zespolono bolcem z os purum. Nałożono gips biodrowy. Po 6 tyg.



Rys. 2.

szczelny gips marszowy, chory obciąża kończynę przy ustawieniu odłamów jak na rys. 2

Przyp. 4. Chora l. 29. Zgłosiła się do Instytutu po 2½ miesiącach leczenia w szpitalu miejskim z powodu złamania w górnej ⅓ k. udowej prawej i k. łonowej. Ustawienie odłamów pod kątem 140° otwartym ku tyłowi i ku wewnątrz z dużą blizną odokostnową (callus periostalis). Odłamy rozdłutowano i — ponieważ częściowe usunięcie kostniny nie pozwalało na uzyskanie poprawnego styku odłamów — wynikła konieczność rozległego usunięcia kostniny. Po otwarciu kanałów szpikowych odłamy nastawiono i dalsze leczenie przeprowadzono na zasadzie leczenia świeżych złamań k. udowej na szynie pionowej uda. Pomimo utrzymania przez cały czas leczenia zarówno pra-

widłowego styku, jak i osi odłamów zrost ulegał opóźnieniu, co prawdopodobnie tłumaczyć należy uprzednim wyczerpaniem elementów kostnotwórczych na wytworzenie dużych mas kostniny. Leczenie wapniem, witaminą D, naświetleniami łącznie z bodźcem czynnościowym — obciążaniem w gipsie marszowym, również nie przyśpieszało konsolidacji, to też zdecydowano się na zastosowanie endoprotezy — kołka z os purum. Po operacji zbolcowania odłamów w przebiegu leczenia na szynie Brauna, kołek pogrążony zbyt płytko w odłamie obwodowym wymknął się zeń i sytuacja nie rokowała polepszenia. Zdecydowano się więc na ponowną operację, przy czym wprowadzono bolec „os purum" z uda indyka, długiej i b. mocnej rury kostnej, uzyskując dobre nastawienie i utrzymanie odłamów. Nałożono gips biodrowy. Od operacji upłynęło 10 dni.

Doniesienie powyższe traktujemy oczywiście jako doniesienie tymczasowe, gdyż materiał jaki posiadamy nie pozwala na ocenę odległych wyników leczenia kołkowaniem źle zrośniętych złamań k. udowej, tym niemniej wyniki bezpośrednie są tak zachęcające, iż wydaje się, że metoda jest godna szerszego rozpowszechnienia i wypróbowania.

„Os purum" jako materiał do endoprotezy użyto ponadto z zupełnie dobrym wynikiem w 1 przyp. zastarzałego złamania obu k. podudzia, 2 przypadkach operacji Oudard'a (pokaz chorego i rentgenogramów) oraz szeregu plastyk daszka st. biodrowego.

Dyskusja:

Dr A. Kugler uważa, że przemieszczenie odłamów zależy nie od szczelności opatrunku gipsowego, lecz głównie od pociągania tylnej grupy mięśni uda chcąc się tej sile przeciwstawić należy odłamy bardzo mocno zespolić. W tym przypadku doszło do wygięcia odłamów dlatego, że jeden z końców kołka został wprowadzony za płytko. Forsowne rozciąganie mięśni nie jest wskazane, ponieważ powstają wybroczyny, które powodują zbliznowacenie mięśni i w ten sposób obniżają ich wartościowość. Sposób ułatwiający wprowadzenie kołka, a nie wymagający tak forsownego rozciągania mięśni podał *Juvara.* W jednym z odłamów wycina on wąziutkie lecz długie okienko i wprowadza kołek nie zamykając całkowicie okienka, następnie zestawia odłamy i wprowadziwszy przez okienko podważkę przesuwa kołek przy pomocy uderzeń młotka do drugiego odłamu na pożądaną głębokość. W ogóle stosowanie kołka litego nie jest fizjologiczne, bo jak wykazał *Neuhofer,* kołek taki zamyka jamy szpikowe i wyłącza okostnę wewnętrzną i szpik kostny z udziału w tworzeniu kostniny. *Neuhofer* podał kołek o przekroju gwiaździstym, w tym samym celu *Zielke* podał kołek w kształcie cylindra z bocznymi otworami.

Dr J. Szulc zaznacza, że wszystkie te ułatwiające metody były mu znane, jednak uważa, że stosowanie litego kołka z takiego materiału jakim jest „os purum" nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa, w bardzo krótkim czasie kość taka zostaje bowiem przerośnięta ziarniną i naczyniami i połączenie między jamami szpikowymi odłamów zostaje uzyskane.

Dr T. Sokołowski:

PRZYPADEK RZADKIEGO POWIKŁANIA TECHNICZNEGO PODCZAS ZESPALANIA SZYI K. UDOWEJ.

(Streszczenie własne).

Chory l. 25, absolwent medycyny, doznał po upadku z I piętra złamania wyrostka łokciowego nasady promienia, kości łonowej i szyjki k. udowej. Po ustąpieniu objawów wstrząsu zespoliliśmy wyrostek łokciowy w znieczuleniu miejscowym metodą przyjętą w Instytucie — nierdzewnym gwoździkiem Lambotte'a. Po tygodniu przystąpiliśmy do zespolenia szyi k. udowej.

Wbiliśmy najpierw gwóźdź kierowniczy (Steinmanna). Zazwyczaj wkręcamy go metalową rączką; u osób młodych trzeba pobijać, ale co jakiś czas nakładamy rączkę i pokręcamy, ponieważ bez pokręcania gwóźdź będzie za mocno tkwił (jak gwóźdź wbijany w drzewo). W tym przypadku rączka uległa zepsuciu i pokręcanie, które robiliśmy, było pozorne — rączka nie kręciła gwoździa; ponieważ jego położenie było niedobre, chcieliśmy go usunąć, lecz gwóźdź przy ruchach obrotowych ukręcił się tuż przy kości. Nie było innej rady, jak wytrepanowanie dokoła kości, żeby móc uchwycić koniec gwoździa. Po wyjęciu wprowadzono drugi i wbito definitywny, uzyskując dobre zespolenie. Jak Panowie widzą, wynik po 2 miesiącach (pokaz chorego) jest b. dobry, chory przeleżał jednak 6 tygodni w łóżku. Zresztą nie mógłby w tym przypadku i tak wstać wcześniej wobec złamania k. łonowej.

Tak silne tkwienie gwoździa kierowniczego, je-

żeli go nie pokręcamy podczas wbijania, może się ceteris paribus zdarzyć łatwiej u chorych młodych, jak w tym przypadku. Aczkolwiek jest to rzecz bardzo rzadka (zdarzyła się pierwszy raz na kilkaset własnych przypadków), jednak w technice należy się z tym liczyć i uznać za niezbędne wkręcanie, a nie wbijanie gwoździa. kierowniczego.

Dyskusja:

Dr S. Szmorak odnośnie do omawianego przypadku sądzi, że gwóźdź należało zostawić. Kąt złamania w tym przypadku wynosił około 45°, linia złamania przebiega poziomo, a więc był to pierwszy typ złamania według *Pauwelsa.* jak wiadomo ten typ złamań daje dobre wyniki w leczeniu.

Dr T. Sokolowski podaje, że podział *Pauwelsa* ma tylko znaczenie teoretyczne, w praktyce sprawa złamań szyi k. udowej przedstawia się nieco inaczej. Odnośnie do pokazywanego przypadku zgadza się, że w każdym innym podobnym przypadku gwóźdź pozostawiłby, w tym jednak gwóźdź musiał być usunięty, gdyż sterczał do panewki i rysował ją.

K R O N I K A

KOMUNIKAT II KLINIKI CHIRURGICZNEJ U. J. P.

Przy II Klinice Chirurgicznej Uniwersytetu J. Piłsudskiego w Warszawie (ul. Elektoralna 12), kierowanej przez *prof. dr A. Wojciechowskiego*, została uruchomiona przychodnia dla zniekształconych.

Przychodnia ta jest przeznaczona dla niezamożnych chorych z wszelkiego rodzaju nabytymi i wrodzonymi zniekształceniami twarzy, nosa, uszu, szyi, piersi, brzucha itd.

Przychodnia ma za zadanie: 1) segregowanie zniekształconych według ich etiologii i stanu psychicznego pacjenta, 2) kwalifikowanie zniekształconych do właściwych zabiegów operacyjnych, 3) stosowanie na miejscu małych zabiegów, 4) przyjmowanie zniekształconych do Kliniki.

Kierownikiem przychodni jest *dr Michałek-Grodzki.* Przychodnia czynna jest na razie w środy od 11 — 12.

XXX ZJAZD CHIRURGÓW POLSKICH.

Zarząd Towarzystwa Chirurgów Polskich podaje do wiadomości, że XXX Zjazd Chirurgów Polskich (XIII Zjazd Towarzystwa Chirurgów Polskich) odbędzie się we Lwowie w dniach 16, 17 i 18 kwietnia 1939 r.

Tematy programowe: 1. Kamica nerkowa i moczowodowa. Referenci: *Prof. dr S. Laskownicki* (Lwów) — Etiologia, patogeneza oraz anatomia patologiczna kamicy nerkowej i moczowodowej. *Doc. dr K. Nowakowski* (Poznań) — Klinika kamicy nerkowej i moczowodowej. 2. Leczenie powikłanych złamań kości. Referenci: *Prof. dr A. Gruca* (Lwów) i *dr T. Sokołowski* (Warszawa).

Stosownie do regulaminu T-wa zgłaszanie rozpraw na tematy programowe oraz zgłaszanie referatów na tematy dowolne winno nastąpić najpóźniej do dnia 5 marca 1939 na ręce Prezesa T-wa *prof. T. Ostrowskiego* (Lwów, ul. Romanowicza 5). Do zgłoszonych referatów na tematy dowolne winno być dołączone co najmniej krótkie streszczenie referatu.

Stosownie do regulaminu T-wa tylko członkowie T-wa mogą zgłaszać referaty oraz zabierać głos w dyskusji. Goście obecni na Zjeździe z tych uprawnień nie korzystają.

Liczba referatów na tematy dowolne może być przez Prezesa T-wa ograniczona. W lutym 1939 członkowie T-wa otrzymają drukowane referaty na tematy programowe.

Korespondencję w sprawie Zjazdu należy kierować pod adresem Sekretarza T-wa *dra T. Byszewskiego* (Warszawa, ul. Filtrowa 81 m. 14).

KOMUNIKAT IZBY LEKARSKIEJ ŁÓDZKIEJ.

W związku z uchwałą powziętą na uroczystym posiedzeniu Zarządu Izby Lekarskiej Łódzkiej dnia 14.V 1935 r. w sprawie konkursu na *nagrodę im. Marsz. Józefa Piłsudskiego* za najlepszą pracę polską z dziedziny badań nad rakiem, jaka ukaże się w przeciągu pierwszego trzechlecia od daty zgonu — Zarząd Izby Lekarskiej Łódzkiej komunikuje, że termin nadsyłania prac został ponownie przedłużony do dnia 30 września 1939 r. (termin ostateczny) z powodu nadesłania zaledwie jednej pracy. Podajemy regulamin konkursu:

1. Izba Lekarska Łódzka uchwaliła ufundować nagrodę konkursową im. Marsz. Józefa Piłsudskiego.
2. Nagroda wynosi zł. 2.000.
3. Nagroda konkursowa im. Marsz. J. Piłsudskiego udzielona będzie w dniu 12 maja 1940 roku, za najlepszą pracę oryginalną z dziedziny badań nad rakiem, dotąd nigdzie nie drukowaną, napisaną w języku polskim i wykonaną w Polsce.
4. Prace konkursowe przysyłać należy na ręce Prezesa Izby Lekarskiej Łódzkiej, Łódź, ul. Gen. Pierackiego 9, do dn. 30.IX 1939 r.
5. Prace konkursowe, oznaczone obranym przez autora godłem, powinny być nadesłane w dwóch egzemplarzach. Do prac należy załączyć zamkniętą kopertę, na zewnątrz zaopatrzoną w godło, wewnątrz zawierającą imię, nazwisko i adres autora.
6. Skład Sądu Konkursowego — patrz Dziennik Urzędowy Izb Lekarskich Nr. 2/36.
7. Sądowi konkursowemu przysługuje prawo przyznania nagrody w całości ewent. podziału sumy na dwie nagrody.

OCENY

W opracowaniu *mjr dr Stanisława Konopki* zaczęła z początkiem ubiegłego roku wychodzić „Polska Bibliografia Lekarska"[1]).

W roku 1933 ukazał się ostatni tom „Przeglądu piśmiennictwa lekarskiego polskiego", obejmujący prace z roku 1927 — „polskie prace lekarskie, które ukazały się w druku w czasie od 1927 do 1937 roku nie posiadają już żadnego inwentarza. Przeszło 50000 prac spoczywa na kartach kilkudziesięciu czasopism, na kartach wielu książek zbiorowych. Dotarcie do tych prac, zebranie zupełnego piśmiennictwa na poszukiwany temat nie jest obecnie łatwe" — pisze *dr Konopka* we wstępie do swej „Bibliografii".

Nie potrzeba chyba podkreślać olbrzymiego znaczenia bibliografii lekarskiej ojczystej, jej niezbędności dla każdego, kto chce się dokładnie zapoznać z pewnym tematem lub pisać pracę naukową — tylko szczegółowe zestawienie piśmiennictwa umożliwi mu szybkie i łatwe zorientowanie się, co dotychczas na dany temat zostało napisane i gdzie ma tego szukać. Dziesięcioletnia przerwa w przeglądzie polskiego piśmiennictwa lekarskiego stanowi niezmiernie przykrą szczerbę w zestawieniu naszego dorobku naukowego, o wypełnieniu której trudno nawet marzyć. Dlatego z tym większą radością powitać należy wznowienie pracy bibliograficznej.

„Polska Bibliografia Lekarska" opracowana przez zamiłowanego bibliofila i wybitnego specjalistę w tej dziedzinie — *mjr dr St. Konopkę* — zaczęła wychodzić i będzie nadal wychodzić w 4 tomach rocznie, grupujących prace lekarskie, jakie ukazały się w poszczególnych kwartałach. Zgodnie z zapowiedzią i pragnieniem redaktora, tom I ma się ukazywać w końcu czerwca, t. II — w końcu września, t. III — w końcu grudnia i t. IV — w końcu marca następnego roku.

„Na łamach bibliografii znajdują się prace oryginalne, ogłoszone w czasopismach lekarskich polskich (ponad 70), prace lekarskie ogłoszone w książkach zbiorowych oraz w niektórych czasopismach nielekarskich, prace lekarzy Polaków, ogłoszone w czasopismach i książkach zbiorowych obcych. Zostały również wykorzystane sprawozdania z posiedzeń towarzystw naukowych; są więc notowane streszczenia odczytów i pokazów klinicznych" — taki zakres bibliografii obejmuje wydawnictwo *dra Konopki*. Zastosowanie przejrzystego i praktycznego układu krzyżowego (zebrano w porządku alfabetycznym hasła przedmiotowe i nazwiska autorów) umożliwia łatwe odnalezienie poszukiwanego tematu czy autora.

Mamy niepłonną nadzieję, że podjęta na nowo w wielkim trudzie praca poświęcona polskiej bibliografii lekarskiej popłynie nadal nieprzerwanym szeregiem kolejnych tomów, ku chwale polskiej wiedzy lekarskiej i ku pożytkowi polskich lekarzy.

H. C.

---

[1]) „Polska Bibliografia Lekarska". Wydawnictwo Biblioteki C. W. San. Opracował dr S. Konopka. Warszawa 1938. T. I: styczeń-marzec 1938, str. XII + 275, t. II: kwiecień-czerwiec 1938, str. XI + 392. Cena pojedyńczego tomu 7,50, w przedpłacie 5 zł.

DODATEK BIBLIOGRAFICZNY

Polskie piśmiennictwo chirurgiczne w czwartym kwartale 1938 r.

Zestawił **Dr H. Čiszkiewicz** (Warszawa).

Wykaz czasopism uwzględnionych w niniejszym zestawieniu:

Biologia Lekarska	(Biol. L.) Nr 4
Chirurg Polski	(Ch. P.) Nr 10 — 12.
Czasopismo Sądowo - Lekarskie	(Cz. S. L.) Nr 4.
Doraźna Pomoc Lekarska	(D. P. L.) Nr 10.
Gastrologia Polska	(Gastr.) Nr 3 — 4.
Gazeta Lekarska Śląska Polskiego	(G. L. Śl.) Nr 4.
Ginekologia Polska	(Gin. P.) t. XVII Nr 9 — 10.
Gruźlica	(Gruźl.) Nr 4, 5.
Klinika Oczna	(Kl. Ocz.) Nr 5, 6.
Kwartalnik Kliniczny Szpitala Starozakonnych w Warszawie	(Kw. Kl. Star.) t. XVII Nr 1 — 2.
Lekarz Kolejowy	(L. Kol.) Nr 4.
Lekarz Polski	(L. P.) Nr 10—12.
Lekarz Wojskowy	(L. W.) t. XXXII Nr 4—6.
Medycyna	(Med.) Nr 19—24.
Medycyna Doświadczalna i Społeczna	(Med. D. Sp.) t. XXIII Nr 3—4.
Medycyna i Przyroda	(Med. Przyr.) Nr 8—10.
Medycyna Praktyczna	(Med. pr.) Nr 19—24.
Nowiny Lekarskie	(Now. Lek.) Nr 19—24.
Nowotwory	(Nowotw.) t. XIII Nr 3—4.
Pediatria Polska	(Ped. Pol.) Nr 10—12.
Polska Gazeta Lekarska	(P. G. L.) Nr 40—52.
Polska Stomatologia i Przegląd Dentystyczny	(Pol. Stom.) Nr 10—12.
Polski Przegląd Chirurgiczny	(P. P. Ch.) t. XVII Nr 10—12.
Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej	(P. Ar. Med. Wew.) t. XVI Nr 4.
Prasa Lekarska (Monografie dla lek. prakt.)	(Monogr.) Nr 58—60.
Przegląd Dermatologiczny	(P. Darm.) t. XXXIII Nr 3.
Therapia Nova	(T. N.) Nr 10—12.
Warszawskie Czasopismo Lekarskie	(W. Cz. L.) Nr 37—48.
Wiedza Lekarska	(W. L.) Nr 10—12.

CHIRURGIA OGÓLNA.

A. Zakażenia, zapalenia.

(215) **Lakner L.** Dzisiejszy pogląd nauki na zakażenie ustne. Pol. Stom. Nr. 11—12, s. 443—452 (dok.).

319. **Justman S.** O zapaleniu opon mózgowych czyracznościowym. W. Cz. L. Nr 37, s. 629—632.

320. **Meisel H.** Dalsze spostrzeżenia z biologii laseczki zgorzeli gazowej (bac. perfringens) P. G. L. Nr 41, s. 819—821.

321. **Łążyńska W. i Kossakowski J.** Leczenie gruźlicy chirurgicznej w Leysin i Berck. Ch. P. Nr 10, s. 690—697.

322. **Litwin F.** W sprawie promienicy. P. P. Ch. Nr 10, s. 964—975.

B. Nowotwory.

323. **Płońskier M.** O współczesnych badaniach nad nowotworami złośliwymi. W. Cz. L. Nr 44, s. 795—796, Nr 45, s. 813—814, Nr 46, s. 832—834 i Nr 47, s. 854—856.

324. **Zakrzewski Z.** Zagadnienie odporności na nowotwory złośliwe. Nowotw. t. XIII Nr 3—4, s. 257—330.

325. **Foksztrumpf M., Ławkowicz W. i Stein J.** W sprawie niektórych odczynów diagnostycznych Freunda - Kaminer. W. Cz. L. Nr 44, s. 791—794.

326. **Szabunia J.** Najczęstsze powody pomyłek rozpoznawczych w przypadkach nowotworów złośliwych. Med. Nr 22, s. 826—829.

327. **Noblinówna H.** Celowość społecznej walki z rakiem przy obecnych metodach leczenia. W. Cz. L. Nr 44, s. 777—780.

328. **Laskowski J.** O szczególnych postaciach raka płaskonabłonkowego. Nowotw. t. XIII Nr 3—4, s. 331—342. (p. Pol. piśm. chir. 1937, Nr 335).

329. **Gruchalski W.** Sympathoblastoma u dziecka. Ch. P. Nr 11, s. 733—738.

330. **Głowiński C.** Nowotwory. Piśmiennictwo polskie za r. 1937. Nowotw. t. XIII Nr 3—4, s. 469—506.

Ponadto o nowotworach patrz N-ry: 331, 332, 352, 360, 361, 363, 364, 371 — 374, 377, 378, 381, 384 — 386, 390 i 398.

C. K o ś c i, s t a w y, m i ę ś n i e.

(224). **Wojciechowski A.** Rola cieplicy solankowej w leczeniu schorzeń narządów ruchu i ich następstw. L. W. Nr 4, s. 385—416. (dok.).

331. **Grodzieński E.** Z kliniki rozsianego zrakowacenia kostnego. Nowotw. t. XIII Nr 3—4, s. 449—460.

332. **Czech K.** O przerzutach kostnych raka gruczołu piersiowego i ich leczeniu. P. G. L. Nr 42, s. 841—844, Nr 43, s. 865—870 i Nr 44, s. 890—893.

333. **Reicher E.** Podstawowe zasady leczenia cierpień stawowych. L. W. Nr 5, s. 528—548 i Nr 6, s. 656—681.

334. **Mester A.** Badania morfologiczne i bakteriologiczne punktatu szpiku kostnego w gośćcowych schorzeniach stawów i niegośćcowych zapaleniach stawów. P. G. L. Nr 50, s. 1028—1031.

D. K r e w, n a c z y n i a k r w i o n o ś n e i c h ł o n n e.

335. **Gnoiński H.** O przetaczaniu krwi konserwowanej. Med. Przyr. Nr 10, s. 30—32.

336. **Popielewski H.** Zatory tętnicze kończyn. P. P. Ch. Nr 10, s. 976—992.

337. **Hirsch L.** O leczeniu żylaków Kainonem. P. G. L. Nr 41, s. 825—826.

E. Z n i e c z u l e n i e, u ś p i e n i e, z a b i e g i.

338. **Szymanowicz J.** Czy narkoza evipan - natrium da się zastosować we wszystkich przypadkach chirurgii ginekologicznej. P. G. L. Nr 51, s. 1049—1052.

339. **Wesołowski S.** Znieczulenie nadoponowe w urologii. P. P. Ch. Nr 12, s. 1154—1216.

340. **Mossakowski J.** Choroba pooperacyjna. P. P. Ch. Nr 11, s. 1063—1087.

341. **Rosenfeld J.** W sprawie zwalczania pooperacyjnej atonii jelit i pęcherza moczowego. W. Cz. L. Nr 45, s. 816—817 i Nr 46, s. 838—840.

F. W y j a ł a w i a n i e, n a r z ę d z i a, o p a t r u n k i, l e k i.

342. **Owiński T.** O wyjaławianiu i jego błędach w stomatologii. Pol. Stom. Nr 10—11, s. 407—426.

343. **Wolański R.** Nowy model wspornika dla kończyny górnej. Ch. P. Nr 11, s. 742—743.

344. **Szeynman M.** O chemoterapeutycznym działaniu związków sulfamidowych. Med. Przyr. Nr 8, s. 17—18.

345. **Dmochowska M. i Ginelli J.** Wyniki leczenia antystreptyną „Geo". L. W. Nr 5, s. 610—618.

346. **Zatorska A.** Lecznicze stosowanie hormonu kory nadnerczy. T. N. Nr 10, s. 415—436.

G. C h i r u r g i a u r a z o w a.

(248) **Dżułyński W.** Ogólne zasady orzecznictwa wypadkowego. P. G. L. Prakt. lek. ark. 10, s. 169—184 i ark. 11, s. 185—200. (dok.).

347. **Grünseit J.** Skaleczenia przy pracy na wsi i w lesie. P. G. L. Nr 45, s. 918—919.

348. **Reiss H.** Oparzenia skóry. Med. Przyr. Nr 9, s. 32—35.

349. **Byrdówna M.** Zmiany anatomiczne tarczycy w przypadku śmierci z oparzenia. Cz. S. L. Nr 4, s. 241—281.

Patrz N-ry: 353, 365, 400 — 402, 404.

H. C h i r u r g i a w o j e n n a.

350. **Ciszkiewicz H.** Chirurgia rannych zagazowanych. L. W. Nr 5, s. 513—527.

I. R a d i o l o g i a, f i z j o t e r a p i a.

351. **Lindenfeld L. i Weissglas J.** O nowej metodzie uzyskiwania trójwymiarowych zdjęć rentgenowskich, opartej na zasadzie stereoskopii paralaktycznej. P. G. L. Nr 43, s. 870—873.

352. **Goldfeder A.** Biologiczne działanie promieni Roentgena i radu na tkankę normalną i nowotworową. W. Cz. L. Nr 44, s. 780—784.

Patrz N-ry: 354, 355, 374 i 402.

CHIRURGIA SZCZEGÓŁOWA.

A. G ł o w a.

353. **Lewiński W.** Dwukrotny samobójczy postrzał mózgu. Cz. S. L. Nr 4, s. 296—308.

354. **Pająk J.** Encefalografia a nerwice urazowe. G. L. Śl. Nr 4, s. 128—168.

(262) **Grzędzielski J.** O krwotokach podpajęczynówkowych. Med. Pr. Nr 19, s. 429—431, Nr 20, s. 479—480, Nr 21, s. 509—517, Nr 22, s. 542—545, Nr 23, s. 553—563 i Nr 24, s. 594—599.

355. **Galewska Z.** Przypadek wcześnie rozpoznanego bąblowca oczodołu wyleczonego naświetleniami promieniami Rentgena. Kl. Ocz. Nr 6, s. 723—731.

B. S z y j a.

356. **Hornicki P.** Przypadek prawdziwego dodatkowego bocznego wola szyjnego. Ch. P. Nr 11, s. 707—713.

357. **Wolański R.** Przypadek wola podmostkowego. Ch. P. Nr 11, s. 714—720.

358. **Gordon M.** Nadtarczyczność w świetle materiału Kliniki Wewnętrznej U. S. B. za okres 1922 — 1937. Med. Nr 24, s. 924—932.

359. **Koczorowski S. i Lewelt E.** Wole złośliwe. Wyniki leczenia operacyjnego. P. P. Ch. Nr 12, s. 1133—1153.

360. **Grodzieński E.** Guzy złośliwe tarczycy w świetle spostrzeżeń klinicznych. Med. Nr 22, s. 839—843.

361. **Hornicki P. i Wolański R.** Przypadek pierwotnego nowotworu kłębka szyjnego. P. P. Ch. Nr 11, s. 1017—1047.

C. K l a t k a p i e r s i o w a.

362. **Jacyna - Onyszkiewicz T. i Barylak R.** Leczenie mastopathia chronica wyciągami jadrowymi. P. G. L. Nr 46, s. 940—942.

363. **Koczorowski S.** Obustronny, pierwotny rak sutka. Współczesne poglądy o roli hormonów płciowych w patogenezie raka sutka. P. P. Ch. Nr 10, s. 952—963.

364. **Chodkowska S.** O nienabłonkowych i mieszanych złośliwych nowotworach sutka. Med. Nr 22, s. 829—835.

365. **Jakobson M.** Przypadek złamania mostka. Ch. P. Nr 12, s. 766—767.

366. **Telatycki M.** Nowe drogi zapadowego leczenia gruźlicy płuc. Ch. P. Nr 10, s. 641—654.

367. **Sokołowski T.** Technika torakoplastyki nadszczytowej. Ch. P. Nr 10, s. 655—668.

368. **Ostrowski W.** Pneumonoliza w leczeniu gruźlicy płuc. Ch. P. Nr 10, s. 669—684.

369. **Szajna M.** Przypadek promienicy płuc. P. G. L. Nr 48, s. 984.

370. **Byrkowski K. i Ostrowski W.** Trzy przypadki ropni płuc leczonych chirurgicznie z wynikiem niepomyślnym. Gruźl. Nr 4, s. 351—355.

371. **Frydrych M.** W sprawie patogenezy pierwotnego raka oskrzeli. P. G. L. Nr 49, s. 1006—1009 i Nr 50, s. 1035—1040.

372. **Dziembowski Z.** Mięsak płuc z punktu widzenia chirurgicznego. Now. Lek. Nr 23, s. 718—719.

D. J a m a b r z u s z n a.

373. **Rutkowski J.** Leczenie chirurgiczne nowotworów złośliwych przewodu pokarmowego. Gastr. Nr 3—4, s. 1—21.

374. **Floksztrumpf M.** Leczenie radem nowotworów złośliwych przewodu pokarmowego. Gastr. Nr 3—4, s. 22—38.

375. **Kosman E. i Izgur A.** Nierozwieralność wpustu — achalazia cardiae. W. Cz. L. Nr 40, s. 695—697.

376. **Robin W.** Postępowanie lecznicze w ostrym krwotoku żołądkowym. W. Cz. L. Nr 39, s. 676—677 .

377. **Niewiadomski F.** W sprawie raka żołądka. Gastr. Nr 3—4, s 39—49.

378. **Komocki W.** Przypadek guza siateczkowatego (siatkowiak — reticuloma) żołądka oraz uwagi krytyczne, dotyczące niektórych prac o podobnych nowotworach. Med. Nr 22, s. 835—839.

379. **Rydygier J.** Przypadek pęknięcia tętniaka tętnicy głównej brzusznej do wrzodu dwunastnicy. P. Ar. Med. Wew. t. XVI Nr 4, s. 754—762.

380. **Kossakowski J.** Odległy wynik wycięcia części płata wątroby u noworodka. Ch. P. Nr 12, s. 760—763.

381. **Afekówna M.** Przypadek tłuszczaka wątroby. Med. Nr 22, s. 848—849.

382. **Szerszyński B. i Łapiński Z.** Stan obecny chirurgii dróg żółciowych. P. P. Ch. Nr 12, s. 1217—1242.

383. **Nowakowski K.** Dążenia ku ulepszeniu wyników w leczeniu schorzeń dróg żółciowych. Now. Lek. Nr 23, s. 761—766.

384. **Grott J. W.** Lambliaza jako możliwy czynnik chorobotwórczy w powstawaniu raka dróg żółciowych. Med. Nr 22, s. 843—846.

385. **Niepołomski W.** Guzy łagodne pęcherzyka żółciowego. Med. Nr 22, s. 846—848.

386. **Raczyński J.** Nietypowy zabieg w przypadku wgłobienia jelit na tle nowotworowym. Ch. P. Nr 11, s. 729—733.

387. **Buchacz M.** Przypadek przewlekłego wgłobienia jelit. P. P. Ch. Nr 11, s. 1055—1062.

388. **Jabłkowski H.** Przyczynek do trudności rozpoznawczych gruźlicy kątnicy. Ch. P. Nr 10, s. 684—689.

389. **Korczakowski J.** Spostrzeżenia nad leczeniem surowicą powikłanych, ostrych zapaleń wyrostka robaczkowego. Med. Nr 24, s. 932—934.

390. **Jaroszewicz W.** O symptomatologii i trudnościach rozpoznawczych raka okrężnicy. Med. Nr 22, s. 849—857.

391. **Falkowski J.** Skręt sieci wielkiej. Ch. P. Nr 11, s. 721—728.

392. **Bogajewski Z.** Rzadki przypadek wielkiej przepukliny pępowinowej u noworodka. Now. Lek. Nr 22, s. 678—679.

393. **Mossakowski J.** Z badań nad zachowaniem się układu siateczkowo - śródbłonkowego, poziomu cholesteryny i cukru we krwi po wycięciu śledziony. P. P. Ch. Nr 10, s. 921—938.

E. Narządy moczowo-płciowe.

394. **Laufer F.** Leczenie zakażeń dróg moczowych solą wapniową kwasu migdałowego. Now. Lek. Nr 21, s. 638—644.

395. **Japa J.** Zachowawcze leczenie kamicy nerkowej a podwodne przepłukiwania jelit. P. G. L. Nr 41, s. 821—823.

396. **Wolf J. i Onyszkiewicz T.** Wodonercze wrodzone jako przyczyna błędnego rozpoznania. P. G. L. Nr 41, s. 817—818.

397. **Beaupré J. i Hornicki P.** Niezwykłe zejście gruźlicy nerki. P. P. Ch. Nr 10, s. 939—951.

398. **Drucker H.** Pierwotny mięsak cewki moczowej u dziecka. P. P. Ch. Nr 11, s. 1048—1054.

399. **Łobacz S.** Wrodzony brak jądra. Med. pr. Nr 21, s. 493—494.
Patrz także N-ry: 339 i 341.

G. Kończyna górna.

400. **Ciszkiewicz H.** Fractura epicondyli medialis humeri. Ch. P. Nr 12, s. 751—760.

H. Kończyna dolna.

401. **Obrębski Z.** Przypadek złamania łąkotek przyśrodkowych obu kolan u piłkarza. Ch. P. Nr 11, s. 738—742.

402. **Tokarski S.** Przypadek dużego uszkodzenia łąkotki w świetle zdjęć pneumograficznych. Ch. P. Nr 12, s. 763—766.

403. **Kugler A.** Płaska stopa w świetle zainteresowań pediatry. Ped. Pol. Nr 11—12, s. 620—630.

404. **Iwanter J.** Z kazuistyki rzadszych nabytych zniekształceń stopy (choroba Deutschländera). Med. Nr 20, s. 749—750.

Regulamin ogłaszania prac:

1. *Prace nadesłane do redakcji do druku, powinny być pisane na maszynie, na jednej stronie znormalizowanego arkusza, z pozostawieniem odstępu ponad tytułem, interlinii i marginesu po lewej stronie druku.*

2. *Do prac należy dołączyć streszczenia w języku polskim i w jednym z języków obcych: angielskim, francuskim lub niemieckim; w wyjątkowych razach, jeżeli autor ma trudności, tylko w polskim.*

3. *Prace powinny być wykończone starannie pod względem stylu i pisowni; redakcja prosi specjalnie o dokładną korektę nazwisk autorów cytowanych w pracy, jak również podanego piśmiennictwa (rok, tom, zeszyt, wzgl. stronica).*

4. *Rękopisy prac redakcja przechowuje w archiwum w ciągu roku, fotografie, rysunki i rentgenogramy zwraca na żądanie.*

Warunki prenumeraty:

Rocznie 12 zł, półrocznie 6 zł. Konto czekowe P. K. O. 22.332.

Klisze drukarskie:

Autorzy, którzy życzą sobie nabyć na własność klisze drukarskie własnych prac, mogą je otrzymać od Administracji w cenie połowy kosztów.

Ceny ogłoszeń:

Cała str. przed tekstem 110 zł, za tekstem 100 zł; ½ str. przed tekstem 55 zł, za tekstem 50 zł; ¼ przed tekstem 32 zł, za tekstem 30 zł. Wkładki za każde 500 szt. 50 zł, ogłoszenia stałe o 10% taniej.

Ochrona psychiki pacjenta

Evipan-natrium



do krótkotrwałej i wstępnej narkozy dożylnej

Stosowany w dużej i małej chirurgii, położnictwie i ginekologii, w urologii, przy zabiegach chirurgicznych, okulistycznych, oto-rhino-laryngologicznych, jak również w psychiatrii.

Wstępną narkozę evipanową można przy pomocy eteru przedłużyć z łatwością na dowolny okres czasu.

Opakowanie oryginalne:

5 amp.	po	0.5 g		zł.	7.85
25 „	„	0,5 „	op. kl.	„	32.—
1 „	„	1,0 „		„	3.15
5 „	„	1,0 „		„	12.90
25 „	„	1,0 „	op. kl,	„	50.40



»Bayer«

LEVERKUSEN n/R

Wyłączna sprzedaż na Rzeczp. Polską
Dom Handlowy „REMEDIA"
Warszawa, ul. Złota 7.

POLOCAIN



Chlorowodorek para-amino-benzoylo-dwuetylamino-etanolu.

Jedyny, całkowicie zsyntetyzowany i wykonany w Polsce preparat znieczulający.

Znakomity nieszkodliwy środek do znieczulania miejscowego, dolędźwiowego i przewodowego.

POLOCAIN 1% i 2% w ampułkach po: 1 cm³, 5 cm³ i 10 cm³

POLOCAIN ½%, 1% i 2% c. adrenal. po gtt. 1 i 2 w ampułkach po: 1 cm³, 2 cm³, 5 cm³ i 10 cm³

Polocain w drobnych kryształkach, w słoikach po 1 g, 5 g i 10 g

Przem.-Handl. Zakł. Chem.

LUDWIK SPIESS I SYN

Sp. Akc. — Warszawa